



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Prävention und assistierter Suizid bei jungen Erwachsenen – Eine ethische Untersuchung zur aktuellen Gesetzgebung in Österreich unter Berücksichtigung der Entwicklung in den Niederlanden und in Belgien

verfasst von / submitted by

Mag.^a Caroline Frey, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2023 / Vienna, 2023

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

A 066 641

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

Master Ethik für Schule und Beruf

Univ. Prof. Dr. Sigrid Müller

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung: Veränderungen im Umgang mit dem Sterben im 21. Jahrhundert	4
2 Begriffsdefinitionen	6
2.1 Klassische Formen der Sterbehilfe	7
2.2 Würde und freie Selbstbestimmung	8
2.3 Würdebegriff bei Kindern	10
3 Die Rechtslage.....	10
3.1 Österreich.....	11
3.1.1 Das Konzept des assistierten Suizids	12
3.1.2 Die ärztliche Aufklärung	12
3.1.3 Das Aufklärungsgespräch.....	13
3.1.4 Die Erstellung der Sterbeverfügung	14
3.2 Belgien	16
3.2.1 Das Konzept der Sterbehilfe bei Erwachsenen und Minderjährigen	16
3.2.2 Die „antizierte Willenserklärung“	19
3.2.3 Fallzahlen der Sterbehilfe und Entwicklungen in Belgien.....	19
3.3 Niederlande	22
3.3.1 Das Konzept der Euthanasie	22
3.3.2 Euthanasie bei Minderjährigen.....	25
3.3.3 Die Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügung.....	26
3.3.4 Fallzahlen der Euthanasie und Entwicklungen in den Niederlanden.....	27
4 Kindliche und jugendliche Wahrnehmung des Sterbensprozesses und des Todes	28
5 Motive der jungen Erwachsenen hinsichtlich des Sterbehilfewunsches.....	29
6 Positionen der ethischen Legitimation der Sterbehilfe	33
6.1 Utilitarismus.....	33
6.2 Autonomie und Menschenwürde	35
6.3 Dammbruchargument und soziokulturelle Verantwortung.....	41
6.4 Lebensschutz.....	45
6.5 Ärztliches Ethos	49
6.6 Fürsorge- und Nicht-Schadenprinzip	50
7 Ethische Diskussion: Aspekte der Sterbehilfe bei Kindern und jungen Erwachsenen.....	51
7.1 Selbstbestimmung und äußere Aspekte der Beeinflussung	52
7.2 Ärztliches Ethos und Prinzip des Lebensschutzes	58
7.3 Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress	61
7.4 Dammbruchargument und soziokulturelle Verantwortung.....	65

7.5 Entwicklung der Gesetzeslage bei Kindern und Jugendlichen in den Niederlanden und in Belgien – Untersuchung der aktuellen Gesetzeslage in Österreich mit dem Versuch eines Übertrags.....	69
7.6 Rechtliche Reflexion über die Ambivalenz von Lebensschutz und Würdevorstellung.....	79
7.6.1 Erste Ebene: grundrechtstheoretische Frage des Grundrechtsverzichts.....	81
7.6.2 Zweite Ebene: Frage des Grundrechtsverzichts innerhalb konkurrierender Grundrechte.....	82
7.6.3 Dritte Ebene: Frage der Grundrechtskollision.....	83
7.6.4 Vierte Ebene: Frage der Grundrechtsmündigkeit	84
8 Präventionsmaßnahmen	85
9 Conclusio	92
10 Literaturverzeichnis	97
11 Abstract	103

1 Einleitung: Veränderungen im Umgang mit dem Sterben im 21. Jahrhundert

Mit dem Anspruch, nicht nur das Leben, sondern auch den Tod selbstbestimmt sowie autonom zu gestalten, und mit der damit verbundenen Forderung nach einem Sterben in Würde wurden Begriffe aufgeworfen, die in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen haben. Die aktuell weitreichende Legalisierung des assistierten Suizids haben neben der Konsequenz der Liberalisierung des Umganges mit dem Sterben im 21. Jahrhundert zur zunehmenden Enttabuisierung des Sterbens und zur erneut bestärkten Rolle der freien Selbstbestimmung beigetragen.

Früher wurde der Tod als natürliches Phänomen angesehen, das ein erfülltes Leben abschließen soll. Dieses Bewusstsein wurde durch die Möglichkeiten der modernen Medizin formiert. Das Lebensende wurde infolge neuer medizinischer Technologien keiner eindeutigen Begriffsdefinition mehr zugeordnet, infolgedessen führte die veränderte Einstellung zur Entstehung pluraler Wertvorstellungen sowie -präferenzen (vgl. Bioethikkommission 2015, 9).

Heller und Wegleitner (2017) sehen in der sich gewandelten Haltung gegenüber des Sterbeprozesses Formen der „Todesverdrängung“: Der Tod finde im Alltag „einer modernen, aufgeklärten und naturwissenschaftlich orientierten Welt“ keinen Platz mehr – vielmehr stehe im Mittelpunkt der Gesellschaft, das Sterben und Krankheitsfälle bestmöglich zu bekämpfen und zu bezwingen (Heller und Wegleitner 2017, 11). Infolgedessen konstatieren Heller und Wegleitner (2017) einen zunehmenden Übertrag der Gestaltung des Sterbens in die Verantwortung von Professionen sowie Institutionalisierungen. Sie sollen mit individualisierten Vorstellungen „eines „gelingenden“ oder „guten“ Sterbens“ einhergehen und das Bewusstsein über den Tod prägen. Ferner sollen zahlreiche Bewegungen, ad exemplum die Extensivierung von Hospizbewegungen oder der Palliativmedizin, zu dieser veränderten Wahrnehmung beitragen, die sich unter sozialen, professionellen und kultur-religiösen Aspekten vollzieht (vgl. Heller und Wegleitner 2017, 11).

Im Gegensatz zu vergangenen Gesellschaften, die von durchschnittlich geringer Lebenserwartung und der Tatsache des möglichen unerwarteten Todes geprägt waren, stirbt man heute nicht mehr plötzlich, sondern eher vorhersehbar und langsamer. Der Sterbeprozess unterliegt begrifflich dem „Selbstverständnis der Moderne“ und soll „autonom und selbstbestimmt, individuell und würdig, kurz und schmerzlos“ sein (Heller und Wegleitner 2017, 12). Es ist somit nicht nur ein Wandel in der Haltung zum Sterben zu erkennen, sondern

auch jener hinsichtlich der Individualität. Menschen entwerfen Lebenspläne, die auch Sterbewünsche inkludieren, da mit einem gelingenden Leben auch ein gelingendes Sterben verbunden ist, wobei für beide der einzelne Mensch persönlich verantwortlich ist (vgl. Buchmann 2017, 84).

Infolgedessen wurde der Grundkonsens hinsichtlich der Strafbarkeit beim assistierten Suizid brüchig und eine Reform zur Gesetzeslage empfohlen – auch deswegen, weil nahestehende Personen sowie Ärzte und Ärztinnen, die Suizidwillige unterstützten, in Gewissenskonflikte geraten könnten und auch Strafen drohten (vgl. Birklbauer 2021, 38).

Daran zeigt sich, dass nicht nur gesellschaftliche Umwälzungen und Bewegungen einen Paradigmenwechsel eingeleitet hätten, sondern auch die veränderte Gesetzeslage zum assistierten Suizid weitere Optionen des Sterbens sowie eine verstärkte Thematisierung des Sterbens in öffentlichen Diskussionen bewirkt hätten. Es wurden Möglichkeiten der Entscheidung über den Ablauf sowie Zeitpunkt des Todes eröffnet (vgl. Birklbauer 2021, 38). Durch den veränderten respektive liberalen Umgang mit dem Sterben im 21. Jahrhundert, durch die dadurch erneut bestärkte Rolle der freien Selbstbestimmung und durch die reformierte Gesetzeslage hinsichtlich der Inanspruchnahme der Sterbehilfe stellt sich die Frage, ob die weitreichende Legalisierung des assistierten Suizids in Österreich einen leichtfertigen Umgang mit dem assistierten Suizid bei jungen Erwachsenen fördert oder ob Kriterien bestehen, die missbräuchlichen Gebrauch verhindern. In der vorliegenden Arbeit soll eine Prüfung der Gesetzeslage hinsichtlich der Schaffung eines rechtssicheren Umganges mit Sterbehilfe erfolgen.

Thematisch setzt sich die Arbeit daraus zusammen, dass nach der Erläuterung der Begrifflichkeiten, die für die Auseinandersetzung mit der Thematik und für ein erleichtertes Verständnis grundlegend sind, die aktuelle Gesetzeslage zum assistierten Suizid in Österreich beschrieben wird. Nach der Beschreibung der rechtlichen Reglementierungen in den Niederlanden und in Belgien, in welchen Ländern die Sterbehilfe auch für Minderjährige zugelassen ist, soll die kindliche und jugendliche Wahrnehmung des Sterbeprozesses und des Todes erläutert werden. Diese Vorgänge sollen vor dem Hintergrund einer möglichen Beeinflussung der Entscheidung für oder gegen die Sterbehilfe aufgrund einer noch nicht vollständigen Entwicklung der Entscheidungsfähigkeit und des Bewusstseins über die Prozesse des Sterbens und des Todes beschrieben werden. Neben der Auseinandersetzung mit den aktuellen rechtlichen Ausführungen der genannten Länder sollen die Motive der jungen Erwachsenen hinsichtlich des Wunsches nach Sterbehilfe beleuchtet werden, um die Gründe

für Sterbehilfeanträge analysieren und hinsichtlich eines leichtfertigen Umgangs kritisch untersuchen zu können. Damit verbunden sollen Positionen der ethischen Legitimation des Suizidwunsches aufgezeigt werden. In einem nächsten Schritt werden die unterschiedlichen Positionen der ethischen Legitimation des Suizidwunsches bei Kindern und jungen Erwachsenen in der Diskussion gegenübergestellt respektive die verschiedenen Argumentationslinien abgewogen. In einer inhaltlich abschließenden Bewertung soll die Entwicklung der Gesetzeslage zur Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen in den Niederlanden und in Belgien aufgezeigt und auf Österreich übertragen werden. In Anbetracht der möglichen Negativfolgen und der Konsequenzen eines missbräuchlichen Gebrauches wird die Ausführung der aktuellen Gesetzeslage in Österreich kritisch untersucht.

Die daraus gewonnenen wesentlichen Aspekte sowie Argumente sollen die zugrundeliegende Ausgangsfragestellung beantworten, und zwar, ob jungen Erwachsenen durch das veränderte Gesetz zum assistierten Suizid ein leichtfertiger oder rechtssicherer Umgang geschaffen wird. Den Abschluss der Masterarbeit bildet das Aufzeigen möglicher Präventionsmaßnahmen für Kinder und junge Erwachsene, um Suizidfälle und -wünsche bei dieser Personengruppe zu reduzieren.

2 Begriffsdefinitionen

Auch wenn es bis dato keine Einigkeit darüber gibt, ob Sterbehilfe würdevolles Sterben respektive einen würdevollen Tod begleitet von freier Selbstbestimmung ermöglicht, wird im Allgemeinen ein Sterben in Würde als Ziel am Lebensende angesehen. Zum leichteren Verständnis der Thematik und um die Problematik bei Entscheidungen am Lebensende differenziert betrachten zu können, sollen die damit verbundenen Begrifflichkeiten sowie grundlegende Definitionen erläutert werden. In diesem ersten Schritt sollen die mit der Thematik verbundenen Begriffe wie die klassischen Formen der Sterbehilfe, der Würdebegriff und die freie Selbstbestimmung erklärt werden, um die fachliche Grundlage für die weitere ethische Untersuchung zur aktuellen Gesetzgebung in Österreich unter Berücksichtigung der Entwicklung in den Niederlanden und in Belgien zu schaffen.

2.1 Klassische Formen der Sterbehilfe

Sterbehilfe kann in verschiedenen Formen erfolgen. Zur Erfassung der Konzeption der Sterbehilfe und um eine präzise Analyse der Thematik sicherzustellen, sollen die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe kurz behandelt werden.

Manche Formen der Sterbehilfe sind strafrechtlich bedenkenlos, manche wiederum stehen unter Strafe. Generell wird zwischen indirekter und direkter, aktiver und passiver Sterbehilfe unterschieden sowie des Weiteren der Beihilfe zum Suizid (vgl. Tipold 2021, 10).

- Je nach Absicht, die der Handlung zugrunde liegt, wird zwischen direkter und indirekter Sterbehilfe unterschieden. Bei der direkten Sterbehilfe ist eine gezielte Handlung die Intention der Tötung des Patienten oder der Patientin. Hingegen ist bei der indirekten Sterbehilfe nicht die Lebensverkürzung das Ziel, sondern man nimmt diese als Nebenwirkung der Maßnahmen der Schmerzlinderung in Kauf (vgl. Bosshard 2005, 194.) Die indirekte Sterbehilfe, auch als indirekte aktive Sterbehilfe bezeichnet, beschreibt das unbedenkliche Verabreichen von Mitteln, die schmerzlindernd sowie bewusstseinsdämpfend wirken, infolgedessen als Nebenwirkung die Verkürzung des Lebens bei einer unausweichlich sterbenden Person einhergehen kann (vgl. Tipold 2021, 10). Diese Maßnahmen, die auch als „Therapien am Lebensende“ beziehungsweise Fälle von „Sterben zulassen“ genannt werden, stehen aufgrund des Fehlens der „formell erfüllten Tötungstatbestände“ nicht unter Strafe (vgl. Birklbauer 2021, 37).
- Die Differenzierung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe liegt in der Handlung selbst, die Grundlage bezieht sich auf die Konzeption aktiven Tuns respektive passiven Unterlassens (vgl. Bosshard 2005, 194).
- Die gewollte, gezielt herbeigeführte und vorzeitige Beendigung des Lebens durch die absichtliche Gabe letaler Substanzen, wobei die ausdrückliche Einwilligung des Patienten oder der Patientin als Voraussetzung gilt, beschreibt die aktive Sterbehilfe (vgl. Oduncu 2007, 34). Die direkte aktive Sterbehilfe ist gesetzlich verboten und wird als das direkte Herbeiführen des Todes durch die Gabe von Todesspritzen oder anderen entsprechenden Pharmazeutika beschrieben. Dergleichen Handlungen stehen gemäß § 75 StGB (Mord), § 77 StGB (Tötung auf Verlangen) oder § 78 StGB (Mitwirkung am Selbstmord) unter Strafe (vgl. Tipold 2021, 10).
- Die passive Sterbehilfe geht sowohl mit einer Ablehnung einer lebenserhaltenden Therapie als auch mit einem Behandlungsabbruch bei Sterbenden einher (vgl. Bosshard 2005, 194). Die Therapie wird dann abgebrochen, wenn der Eintritt des Todes nach medizinischem

Stand nicht abzuwenden ist, wobei dies im einzelnen Fall diffizil ist. Ad exemplum gilt das Abschalten der Herz-Lungen-Maschine als zulässig, da hierbei strafrechtlich gesehen die Behandlungspflicht aufhört. Im Gegensatz dazu bleibt die Verpflichtung zur Basispflege sowie zur Grundernährung aufrecht. Nach den Tötungsdelikten steht das Verhungern-Lassen unter Strafbarkeit, straffrei bleibt es jedoch infolge einer aktuellen Willensäußerung des Patienten oder der Patientin (vgl. Tipold 2021, 10).

- Beim assistierten Suizid, auch Beihilfe zum Suizid oder Beihilfe zur Selbstdtötung genannt, handelt es sich in Analogie zur Tötung auf Verlangen um eine Unterstützung Dritter durch die Bereitstellung eines letalen Mittels. Der oder die Suizidwillige setzt die Handlung selbst, sich das Leben zu nehmen. Infolgedessen wird die Begrifflichkeit der Suizidassistenz häufig mit der Beihilfe zur Selbstdtötung äquivalent verwendet (vgl. Elger und Grabherr 2018, 88). Der Arzt oder die Ärztin stellt das letale Mittel nur bereit oder verschreibt es, der oder die Betroffene führt die Tötungshandlung im Unterschied zur aktiven Sterbehilfe selbst durch (vgl. Oduncu 2007, 36).
- Keine Sterbehilfe liegt jedoch vor, wenn der Tod nach der medizinischen Sicht nicht unausweichlich ist. „In diesem Bereich droht eine Bestrafung wegen eigenmächtiger Heilbehandlung (§ 110 StGB) einerseits und Mitwirkung am Selbstmord (§ 78 StGB) und Unterlassen der Hilfeleistung (§ 95 StGB) andererseits“ (Tipold 2021, 10).

2.2 Würde und freie Selbstbestimmung

Im Rahmen der Debatte zum assistierten Suizid, verbunden mit dem liberalisierten Umgang mit dem Sterben respektive der Möglichkeit, sein eigenes Leben unter bestimmten Auflagen beenden zu können, wurden zwei Begriffe prioritär: der Begriff der Würde und der Selbstbestimmung. Diese bekamen eine erneut verstärkte Rolle, weswegen sie im Folgenden im Zusammenhang der Ableitung des Sterbehilfegesetzes sowie hinsichtlich der ethischen Legitimation der Sterbehilfe erläutert werden.

In der aktuellen Gesetzeslage zum assistierten Suizid wurden die Begriffe zentrale Topoi:

„Zur freien Selbstbestimmung gehört [...] die Entscheidung, ob und aus welchen Gründen ein Einzelner sein Leben in Würde beenden will“ [...]; der Suizidwillige muss die Möglichkeit haben, die Hilfe eines dazu bereiten Dritten in Anspruch zu nehmen, weil er ‚das Recht auf selbstbestimmtes Sterben in Würde‘ hat [...]; das Verbot der Suizidassistenz ‚kann [...] den Einzelnen zu einer menschenunwürdigen Form der Selbstdtötung veranlassen, wenn er sich kraft freien Entschlusses in einer Situation befindet, die für ihn ein selbstbestimmtes Leben in persönlicher Integrität und Identität und damit in Würde nicht mehr gewährleistet. [...] Da [...] ein Sterben in der vom Suizidwilligen gewollten Würde nicht möglich ist, verstößt diese Regelung gegen das aus der Bundesverfassung ableitbare Recht auf Selbstbestimmung.‘ (Brade und Friedrich 2021, 227)

Brade und Friedrich (2021) definieren den Begriff der Autonomie zum einen als einen geschützten Bereich des Rechtes auf ein selbstbestimmtes Sterben und zum anderen als jenen Bereich, der in die Grundrechtssphäre eintritt, wodurch – auf die Thematik des assistierten Suizids bezogen – der selbstbestimmte Sterbewunsch, der somit frei, aufgeklärt und informiert gebildet wurde, begründet sei. Das Ziel sei demnach, die Autonomie sicherzustellen und Selbstbestimmung als ein eigenständiges Recht auf Selbstbestimmung zu verwirklichen (vgl. Brade und Friedrich 2021, 227).

An den Nexus der bedeutsamen Rolle der Autonomie angeknüpft, spannen Brade und Friedrich (2021) zum Aspekt des Rechtes zu sterben diametral gegensätzlich den des Rechts auf das Leben auf. Infolgedessen machen sie auf die Schutzpflichten der Gesetzgeber*innen, vor allem gegenüber Selbstmordgefährdeten, aufmerksam (vgl. Brade und Friedrich 2021, 227-228).

Wichtig zu erwähnen ist jedoch, dass die freie Selbstbestimmung „tatsächlich auf einer (nicht bloß vorübergehenden, sondern) dauerhaften Entscheidung beruhen“ muss, was aber nicht bedeutet, dass der Entschluss des oder der Betroffenen unumstößlich sein muss, da sich der menschliche Wille naturgemäß jederzeit ändern kann (vgl. Brade und Friedrich 2021, 227). Begleitend zur Abschaffung der Strafbarkeit der Suizidhilfe fordern Brade und Friedrich (2021) insofern Maßnahmen, die die Autonomie sichern, als diese den Ursprung und die Begrenzung des Rechts auf selbstbestimmten Suizidassistenten bildet (vgl. Brade und Friedrich 2021, 229).

Daran angeknüpft soll die Position des VfGH hinsichtlich des Rechts auf Selbstbestimmung erläutert werden. Das Recht auf freie Selbstbestimmung soll gemäß dem VfGH jenes Recht umfassen, sein eigenes Leben in Würde beenden zu können, was dem oder der Sterbewilligen ferner ermöglichen soll, den selbstverantwortlichen Entschluss zur Tötung mit Unterstützung eines Dritten unter Freiwilligkeit durchzuführen (vgl. Lewisch 2021, 980). Im Zentrum des Erlasses zur Sterbehilfe steht also der Selbsttötungswille, dessen Willensbildung mit freier Selbstbestimmung, ergo unbeeinflusst und auf rechtlich gültigem Wege erfolgen muss. Zusätzlich soll dieser Wille von Dauerhaftigkeit sein, wobei der freie selbstverantwortliche Willensentschluss in dieser Hinsicht als inhaltlicher Ausgangspunkt dient. Hiermit rückt jedoch die prekäre Frage in den Vordergrund, welche Fälle der Suizidhilfe bewilligt respektive nicht bewilligt werden, denn aufgrund des freien und selbstverantwortlichen Willensentschlusses liegt rechtlich keine Hinderung vor, die Lebensbeendigung auch aus Motiven durchzuführen, welche für andere nicht nachvollziehbar sind (vgl. Lewisch 2021, 981).

Buchmann (2017) hingegen legt den Begriff der Würde im Rahmen der Thematik des Sterbens dyadisch aus und sieht in der Würde des Menschen unterschiedliche Interpretationen: Zum

einen sei die Selbstbestimmung von hoher Priorität, die sogar „über den Erhalt der biologischen Existenz gestellt wird.“ (Buchmann 2017, 86) Diametral gegenüber stehe zum anderen die Perspektive auf das Lebens als voraussetzender und bedingter Parameter für Freiheit, Würde und Verantwortung jedes Menschen, worin sich die Sicht des unabdingbaren Erhalts des Lebens begründet. Buchmann (2017) steht für die Begründung beider Überzeugungen ein, jedoch sollte die Entscheidungsbefugnis an keine Institution abgegeben werden, sondern die Verantwortung hinsichtlich des vorzeitigen Sterbewunsches letztlich dem oder der Betroffenen selbst übertragen werden (vgl. Buchmann 2017, 86).

2.3 Würdebegriff bei Kindern

Bei Kindern ist in der Definition des Würdebegriffs eine besondere Situation zu erfassen. Unter Menschenwürde wird das Recht verstanden, eine eigene Position und Perspektive zu haben. In kindliche Haltungen jedoch muss durch die Erziehungsberechtigten eingegriffen werden, weil manche Verhaltensweisen und Einstellungen für das Kind schädigend sein können. Beispielsweise sollte einem Kind, das einer ärztlichen Behandlung mit Angst gegenübersteht, dennoch nahegelegt werden, sich therapieren zu lassen. Auf einige Perspektiven des Kindes darf nicht Einfluss genommen werden. Gibt es ad exemplum eine spezifische Perspektive des Kindes, die Behandlung abzulehnen, darf diese nicht übergangen werden (vgl. Wiesemann 2021, 199). Es gilt demzufolge anzuerkennen, dass auch Kinder moralische Gefühle haben, wodurch sich eine eigene Lebensperspektive generiert, die zu berücksichtigen ist. Kinder hegen eine eigene zu berücksichtigende Sicht auf das Leben, welche moralische Empfindung nicht ignoriert werden darf. Daran angeknüpft wird unter Menschenwürde das Recht verstanden, als moralisch Empfindende*r mit seinen oder ihren Bedürfnissen nicht übergangen zu werden. Vielmehr soll auf die moralischen Gefühle reagiert werden, welches Verständnis von Würde nicht nur auf Kinder, sondern auch auf Erwachsene anwendbar ist (vgl. Wiesemann 2021, 201).

3 Die Rechtslage

Für die Beantwortung der Forschungsfrage ist es notwendig, genaue Beschreibungen der gesetzlichen Lagen zur Sterbehilfe in Österreich, Belgien und in den Niederlanden darzulegen. Für die in den nächsten Kapiteln vorgenommene Auseinandersetzung mit den Negativfolgen, die mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme des assistierten Suizids einhergehen können, sollen eingangs die Entwicklungen der Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen in den Niederlanden und in Belgien anhand der Darlegung von Fallzahlen aus Berichten sowie Statistiken der letzten Jahren exemplarisch aufgezeigt werden. Auf dieser Basis kann in weiterer Folge eine kritische Untersuchung der österreichischen Gesetzestexte zum assistierten

Suizid erfolgen, um beantworten zu können, ob Kriterien bestehen, die missbräuchlichen Gebrauch verhindern oder ob jungen Erwachsenen vorschnellen Zugang zur Sterbehilfe ermöglicht wird.

3.1 Österreich

Zum Schutz vor Missbrauch und zur Gewährleistung des freien Willensentschlusses wurde ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen, „bevor das Verbot der Hilfeleistung bei der Selbstdtötung in § 78 StGB mit 1.1.2022 außer Kraft trat“, welches ein Prozedere der Dokumentation dieses Willensentschlusses, die Errichtung der Sterbeverfügung, bis letztlich zur Ausgabe des tödlichen Präparats verlangt (vgl. Dokalik u. a. 2022, 161). Im folgenden Abschnitt soll das aktuelle Sterbeverfügungsgesetz sowie die strafbaren Grenzen nach dem neu gefassten § 78 StGB erläutert werden.

Im Zuge der Gesetzeserneuerung, infolgedessen das Verbot der Hilfeleistung bei der Selbstdtötung in § 78 StGB ab 1.1.2022 aufgehoben wurde, fordert der Gesetzgeber ein sicheres Instrument, damit die sterbewillige Person hinsichtlich ihrer Entscheidung nicht durch eine dritte beeinflusst wird. Die helfende Person soll eine hinreichende Grundlage dafür haben, dass der oder die Sterbewillige tatsächlich eine auf freier Selbstbestimmung gegründete Entscheidung zur Selbstdtötung gefasst hat (vgl. Dokalik u. a. 2022, 161).

Die Sterbeverfügung muss der helfenden Person vorgezeigt werden und soll als Absicherung dienen, dass der Wunsch nach Sterbehilfe tatsächlich einer selbstbestimmten, freien Willensäußerung unterliegt (vgl. Dokalik u. a. 2022, 161).

Parallel zu dieser Gesetzesänderung erfolgte in § 78 StGB die Erneuerung der Strafbarkeit, bei der Selbstdtötung Hilfe zu leisten: Die Hilfeleistung ist „aus einem verwerflichen Beweggrund, bei einer minderjährigen Person oder bei einer Person, die nicht an einer Krankheit iSd § 6 Abs 3 StVfG leidet oder die nicht gem § 7 StVfG ärztlich aufgeklärt wurde“ strafbar (Dokalik u. a. 2022, 161). Die beiden letztgenannten Vergehen werden bei Vorlegen einer Sterbeverfügung nicht beanstandet. Liegt mangelhafte ärztliche Aufklärung vor, wird die aufklärende Person in zivil- oder standesrechtliche Verantwortlichkeit gezogen (vgl. Dokalik u. a. 2022, 161).

An diesen Nexus angeknüpft soll nun das Sterbeverfügungsgesetz nach § 6 StVfG, idF BGBI I 242/2021 erläutert werden. Das Sterbeverfügungsgesetz schreibt vor, dass die Person, die den Sterbewunsch äußert, das Kriterium der Volljährigkeit sowie die zweifelsfreie Entscheidungsfähigkeit erfüllen muss, und das ebenso zum Zeitpunkt, an dem die Aufklärung (§ 7) und die Erstellung der Sterbeverfügung (§ 8) stattfinden, welche Bedingungen im Kapitel

3.1.4 näher erläutert werden. Ferner muss die Entscheidung zum Sterbewillen „frei und selbstbestimmt, insbesondere frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte gefasst werden“ (Dokalik u. a. 2022, 161). Der Terminus „nicht an einer Krankheit iSd § 6 Abs 3 StVfG leidet“ amplifiziert, dass die Errichtung einer Sterbeverfügung den Personen erlaubt ist, die an einer Krankheit leiden, die unheilbar ist oder mit dem Tod endet, und auch denjenigen mit einer schweren sowie dauerhaften Krankheit mit Symptomen, die die gesamte Lebensführung des oder der Betroffenen dauerhaft beeinträchtigen. Die jeweilige Erkrankung soll dem oder der Sterbewilligen jedoch einen nicht abwendbaren Leidenszustand vorzeichnen. Weiters schreibt das Sterbeverfügungsgesetz vor, dass die Person, die Hilfe leistet, nicht auch diejenige sein darf, die Aufklärung leistet (§ 7) oder die die Dokumentation der Sterbeverfügung (§ 8) übernimmt (vgl. Dokalik u. a. 2022, 161).

Gemäß dem Sterbeverfügungsgesetz muss der oder die Betroffene die letzte Handlung der Beendigung des Lebens selbst setzen, er oder sie muss beispielsweise das letale Präparat selbst einnehmen oder die Zuleitung desselben selbst durch die Venenkanüle vornehmen, wodurch sich die Fremdtötung (§§ 75 ff StGB) abgrenzt (vgl. Dokalik u. a. 2022, 161, 165). Auch hier kommt das Kriterium der Entscheidungsfähigkeit als Voraussetzung zum Tragen, um die Kontrolle dieses letzten Schrittes zu gewähren. Da der assistierte Suizid die gegebene Entscheidungsfähigkeit zwar bestätigt, jedoch an einem vergangenen Zeitpunkt, bleibt eine Restunsicherheit für die Hilfe leistende Person. Die Sterbeverfügung kann nicht für einen möglichen Verlust der Fähigkeit des Entscheidens erstellt werden, da die Hilfeleistung einer Person, die nicht entscheidungsfähig ist, mit einer Fremdtötung einhergehen würde (vgl. Dokalik u. a. 2022, 161-162).

3.1.1 Das Konzept des assistierten Suizids

Im folgenden Kapitel sollen die einzelnen Schritte des Konzeptes zum assistierten Suizid vorgestellt werden, die diese beginnend bei der Errichtung der Sterbeverfügung bis hin die der Lebensbeendigung durch ein letales Präparat umfassen.

3.1.2 Die ärztliche Aufklärung

Vor der Errichtung einer Sterbeverfügung ist die ärztliche Aufklärung über Alternativen und Hilfsangebote notwendig, die wiederum voraussetzt, dass dem lebensbeendenden Entschluss auch tatsächlich ein selbstbestimmter und freier Entscheidungsweg vorangegangen ist. Aufklärung müssen zwei Ärzte oder Ärztinnen leisten, wovon eine*r palliativmedizinisch qualifiziert sein muss (vgl. Dokalik u. a. 2022, 162). Es wird keine spezifische Fachrichtung

derselben gefordert, wodurch zumindest ein aufklärendes Gespräch beim Hausarzt oder bei der Hausärztin geführt werden kann (vgl. Dokalik u. a. 2022, 168). Außerdem darf die aufklärende Person, wie bereits erwähnt, nicht ident mit der hilfeleistenden Person sein. Niemand darf jedoch der Verpflichtung unterliegen, ärztliche Aufklärung zu leisten, an der Errichtung der Sterbebefreiung mitzuwirken oder an der Selbsttötung Hilfe zu leisten, was durch das Freiwilligkeitsgebot in § 2 Abs 1 StVfG geregelt ist (vgl. Dokalik u. a. 2022, 162).

Mit den Kriterien eines freien und selbstbestimmten Entschlusses sind gemeint, dass die Entscheidung „insb[esondere] frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang [...] und Beeinflussung durch Dritte (§ 6 Abs 2)“ sein muss (Dokalik u. a. 2022, 163). Der Einfluss durch andere ist beispielsweise durch Situationen impliziert, von denen Druck ausgeht, ad exemplum Situationen, in denen von Angehörigen Druck ausgeht. Hierbei soll ersichtlich sein, dass die Motive für die Entscheidung zur Lebensbeendigung „von emotionalen, wirtschaftlichen oder finanziellen Interessen dritter Personen ausgeh[en]“, die wiederum die betroffene Person beeinflussen (Dokalik u. a. 2022, 163). Eine Bestätigung darf dann nicht ausgestellt werden (vgl. Dokalik u. a. 2022, 163).

Sollte sich während des Aufklärungsgespräches der Verdacht erweisen, dass der oder die Sterbewillige unter einer psychischen Störung leidet, aus welcher Konsequenz der Wunsch nach Sterbehilfe resultieren könnte, so muss die aufklärende Person ein beratendes Gespräch mit fachärztlichem Personal für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder einem klinischen Psychologen respektive einer klinischen Psychologin führen. Sollte sich dieser Hinweis bestätigen, darf die Ausstellung der Bestätigung ebenfalls nicht erfolgen (vgl. Dokalik u. a. 2022, 163).

3.1.3 Das Aufklärungsgespräch

Im Zuge der Aufklärungsgespräche muss der oder die Sterbewillige den Entschluss vor beiden aufklärenden Personen aussprechen, da diese unabhängig voneinander eine Beurteilung und Bestätigung über die Entscheidungsfähigkeit des oder der Betroffenen und über die Äußerung der lebensbeendigenden Entscheidung ausstellen müssen (vgl. Dokalik u. a. 2022, 163). Der Inhalt der Aufklärung muss den in § 7 Abs 2 Z 1 bis 5 StVfG festgesetzten Mindestinhalt erfüllen, der folgende Aspekte umfasst:

1. Es sollen je nach Fall Behandlungsalternativen aufgezeigt werden, vor allem die Hospizversorgung und Maßnahmen der Palliativmedizin betreffend. Von ärztlicher Seite kann auf die Ängste und Sorgen der sterbewilligen Personen, ad exemplum die Befürchtungen großer Schmerzen, eingegangen werden. Ferner soll auf die Optionen

der Erstellung einer Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügung oder anderer Instrumente der Vorsorge, wie die Vorsorgevollmacht und der Vorsorgedialog, hingewiesen werden.

2. Daneben soll über die Dosierung und die Einnahme des Präparats, dessen Auswirkungen sowie über die Dosierung der notwendigen Begleitmedikamente aufgeklärt werden.
3. Im Zuge des Aufklärungsgespräches soll darüber hinaus über Angebote für psychotherapeutische Gespräche, für Beratungen der Suizidprävention über allgemeine zielführende, beratende Angebote informiert werden (vgl. Dokalik u. a. 2022, 163-164).

Nach dem Aufklärungsgespräch wird ein Dokument ausgestellt, das von der sterbewilligen Person unterschrieben und dieser überreicht werden muss. Dieses hat, neben den Daten der jeweils durchgeführten aufklärenden Gespräche und der allgemeinen Daten derselben Person, den Gesprächsinhalt der Aufklärung, den Beleg über den freien, selbstbestimmten, unter Entscheidungsfähigkeit gefassten Sterbeentschluss, die akkurate Dosierungsanordnung sowie die Bestätigung über das Vorliegen einer Krankheit (gemäß iSd § 6 Abs 3) zu umfassen (vgl. Dokalik u. a. 2022, 163-164). Zur Erleichterung der Aufklärungsarbeit kann der zweite Arzt oder die zweite Ärztin, der oder die Aufklärung leistet, durch Eingabe eines Codes auf den Inhalt des ersten Gespräches zugreifen (vgl. Dokalik u. a. 2022, 164).

3.1.4 Die Erstellung der Sterbeverfügung

Die Sterbeverfügung ist gleichsam wie die Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügung „eine einseitige Willenserklärung“, wobei darin nicht nur die Entscheidung aufgezeichnet wird, dass eine Person ihrem Leben ein Ende setzen möchte, sondern auch die Grundlage – vor allem für Hilfeleistenende – bildet, „dass die sterbewillige Person tatsächlich eine auf freier Selbstbestimmung gegründete Entscheidung zur Selbstdtötung gefasst hat“ (Dokalik u. a. 2022, 164). Da die Sterbeverfügung eine höchstpersönliche Willenserklärung darstellt, kann sie nicht von einer gesetzlichen oder eigens gewählten Vertretung erstellt werden, sondern nur von der entscheidungsfähigen sterbewilligen Person selbst (vgl. Dokalik u. a. 2022, 164).

Die Erstellung der Sterbeverfügung, zu welcher Dokumentation Notar*innen sowie rechtskundige Mitarbeiter*innen der Patientenvertretungen verpflichtet sind, kann frühestens zwölf Wochen nach dem ersten ärztlich aufklärenden Gespräch erfolgen, wobei das zweite Gespräch unbedingt vor der Errichtung dieser Verfügung geführt werden muss. Diese Frist soll als Sicherstellung des dauerhaften Entschlusses respektive als Erfüllung des Kriteriums der „notwendigen Dauerhaftigkeit“ dienen. Die Errichtung einer neuen Bestätigung ist dann

erforderlich, wenn die Sterbeverfügung nicht innerhalb von zwölf Monaten nach dem zweiten aufklärenden Gespräch erstellt wird. Diese Bestätigung ist wiederum ein Jahr von Gültigkeit (vgl. Dokalik u. a. 2022, 164).

Im Zuge der Dokumentation ist zu prüfen, ob eine ärztliche Aufklärung vorliegt und ob die Frist von mindestens zwölf Wochen nach dem Aufklärungsgespräch verstrichen ist. Des Weiteren wird der Status der sterbewilligen Person, welche zudem die österreichische Staatsangehörigkeit oder den gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich vorzeigen muss, zum Zeitpunkt der Erstellung der Sterbeverfügung einer Prüfung unterzogen. Zudem muss kontrolliert werden, ob bereits eine Sterbeverfügung erstellt wurde respektive ob diese in dem Falle noch Gültigkeit vorweist. Damit verhindert wird, dass Präparate mehrfach bezogen werden, muss ein Widerruf geleistet werden, falls eine bereits errichtete Sterbeverfügung existiert, bevor eine neue aufgesetzt werden kann. Um missbräuchlichen Gebrauch von Mitteln, die bereits im Zuge abgelaufener Sterbeverfügungen erhalten wurden, zu umgehen, ist ein erneuter Bezug in der Apotheke nur dann möglich, wenn das bereits bezogene Präparat zurückgegeben wird (vgl. Dokalik u. a. 2022, 164).

Zur Sicherstellung des Verständnisses über die Aufklärung werden in einem letzten Schritt alle Dokumente über die ärztlichen Gespräche gemeinsam mit der sterbewilligen Person begutachtet. Im letzten Schritt erfolgt die Belehrung über rechtliche Gesichtspunkte, wie die Optionen der Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügung oder der Vorsorgevollmacht, sowie über strafrechtliche Aspekte der Hilfeleistung und zusätzliche rechtliche Konsequenzen (vgl. Dokalik u. a. 2022, 164-165).

Das Vorliegen einer Frist von einem Jahr, nach der die Sterbeverfügung nach der Erstellung nicht mehr wirksam ist, soll für die Hilfe leistende Person sicherstellen, dass der oder die Sterbewillige aktuell noch entscheidungsfähig ist, wie dies in der Sterbeverfügung bestätigt vorliegt. Innerhalb dieses Zeitrahmens muss ferner auch die Abholung des Präparates erfolgen. Neben der einjährigen Frist wird die Wirksamkeit der Sterbeverfügung sowohl bei einem Widerruf als auch dann, wenn die sterbewillige Person die Unwirksamkeit der Verfügung einberuft, obsolet. In diesen Fällen ist auch das letale Präparat in der Apotheke zu retournieren (vgl. Dokalik u. a. 2022, 165).

3.2 Belgien

3.2.1 Das Konzept der Sterbehilfe bei Erwachsenen und Minderjährigen

Im Jahre 2014 wurde die Beschränkung des Alters für Sterbehilfe in Belgien aufgehoben, bis dato ist Sterbehilfe für Kinder ohne Altersbegrenzung weltweit in keinem weiteren Land erlaubt (vgl. Pressemitteilung des DKHV e.V 2016, 279). Die Gesetzesänderung, die seit 2014 die aktive Sterbehilfe bei Minderjährigen in jedem Alter als zulässig erklärt, sofern diese unheilbar krank sind, unter starken Schmerzen leiden, die nicht gelindert werden können, sie urteilsfähig sind respektive die elterliche Zustimmung erhalten, wird nicht nur in Belgien kontrovers debattiert (vgl. Averdunk u. a. 2020, 13). Die Ausweitung des Gesetzes auf Minderjährige ist nach wie vor umstritten. Vor allem die im Jahr 2016 erste aktive Tötung eines Kindes veranlasste, dass die Debatte neu entzündet wurde (vgl. Weiffen 2020).

Im Rahmen der gesetzlichen Änderung wurden zusätzliche Voraussetzungen für die Bewilligung von Sterbehilfe vorgeschrieben, insbesondere die Notwendigkeit der Zustimmung der Eltern (vgl. Averdunk u. a. 2020, 15). Weitere Erfordernisse sind, dass ärztliches Personal sowie Psychologen und Psychologinnen zustimmen, ferner, dass „das Kind nachweislich eine rationale Entscheidung getroffen hat und im Endstadium einer unheilbaren Krankheit mit unerträglichen und nicht zu lindernden Schmerzen ist“ (Pressemitteilung des DKHV e.V 2016, 279). Die neue Regelung ist neben den Voraussetzungen der medizinischen Klassifizierung eines unerträglichen Leidens und der ausdrücklichen Suizidbitte des Kindes auch am Vorliegen eines psychologischen Gutachtens gebunden, das beglaubigt, dass der oder die Minderjährige voll zurechnungs- und urteilsfähig ist. Überdies gelten die gleichen Bestimmungen für aktive Sterbehilfe wie bei Volljährigen (vgl. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2022).

Die Bedingungen zur Bewilligung aktiver Hilfe zur Selbsttötung finden sich in den im Erlass angeführten Einzelheiten der so bezeichneten Sorgfaltskriterien, die die Straflosigkeit der Ärzte und Ärztinnen ausführen:

Diese haben sich zu vergewissern,

- dass der Patient oder die Patientin volljährig oder bei Vorliegen der Minderjährigkeit für mündig erklärt ist, ferner soll diese*r zum Zeitpunkt des Entschlusses handlungsfähig sowie bei Bewusstsein sein,
- dass die Entscheidung zum Suizid unter Freiwilligkeit, reiflicher Überlegung, wiederholt formuliert sowie ohne von außen kommendem Druck getroffen wurde,

- dass ein medizinisch aussichtsloser Zustand und ein andauerndes, nicht erträgliches körperliches oder psychisches Leiden ohne Aussicht auf Linderung vorliegt und aus einer nicht heilbaren unfall- oder krankheitsbedingten Qual folgt (vgl. Averdunk u. a. 2020, 14).

Um die Dauerhaftigkeit des Leidens und auch des Suizidwunsches zu bestätigen, sind mehrere ärztliche Gespräche über eine zeitliche Periode zu führen (vgl. Weiffen 2020). Darüber hinaus muss der Arzt oder die Ärztin den oder die Suizidwillige*n im Zuge dieser Sorgfaltskriterien über seinen respektive ihren aktuellen Zustand und über die Aussichten aufklären. Sie müssen gemeinsam zu der Überzeugung gekommen sein, dass es keine optimale andere Lösung für das befindliche Stadium der betreffenden Person gibt. Nach einer Beratung durch unabhängiges ärztliches Fachpersonal muss dieses in einem weiteren Schritt ein Urteil gemäß der Sorgfaltskriterien fällen (vgl. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2022).

- Der Arzt oder die Ärztin hat sich ebenso zu vergewissern, dass die Bedingungen und Verfahrensweisen des vorliegenden Gesetzes eingehalten werden (vgl. Averdunk u. a. 2020, 14).

Weitere gesetzliche Erläuterungen schreiben eine umfassende ärztliche Aufklärung über den Gesundheitszustand vor. Im Zuge dessen müssen alternative respektive therapeutische und palliative Möglichkeiten aufgezeigt werden. Ferner müssen mit der wiederholten Bitte um Sterbehilfe mehrere Gespräche mit dem Arzt oder der Ärztin abgehalten werden. Zudem werden Reglementierungen des Falles determiniert, bei dem Patient*innen noch nicht im letzten Stadium ihrer Krankheit sind, in welchem Punkt sich die Gesetzeslage in Belgien von der in den Niederlanden unterscheidet: Hierfür wird verordnet, dass ein*e zweite*r ärztliche Person einbezogen wird, der Psychiater oder die Psychiaterin respektive Facharzt oder Fachärztin für die betreffende Erkrankung ist (vgl. Averdunk u. a. 2020, 15).

Weitere Determinationen sind eine schriftliche Erklärung des Patienten oder der Patientin, die im Kapitel 3.2.2 näher erläutert wird, sowie eine Verschriftlichung über die Modalitäten. Zwischen dem schriftlich geäußerten Sterbewunsch und dessen Durchführung muss eine Zeitspanne von mindestens einem Monat liegen (vgl. Averdunk u. a. 2020, 15). Sollte der oder die Betroffene den Sterbewunsch nicht selbst schriftlich aufsetzen und unterzeichnen können, so kann dies durch jemanden ihrer beziehungsweise seiner Wahl – ohne materielle Motivation am Tod – in ärztlicher Gegenwart erfolgen (vgl. Weiffen 2020).

Nicht nur in Belgien, sondern auch in den Niederlanden ist der Konsens der Gesellschaft, dass der aktiven Sterbehilfe mit Toleranz zu begegnen ist, während eine verständnislose und ablehnende Perspektive außerhalb dieser Länder herrscht, begleitet von der Angst grenzüberschreitenden Übergreifens (vgl. Finzen 2015, 411). Dass auch psychisch Kranke aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen können, welche Personengruppe erst nach langen Debatten mit Experten und Expertinnen in das gesetzliche Verfahren aufgenommen wurde, wird damit gerechtfertigt, dass ein Ausschluss derer mit einem Verstoß gegen das Antidiskriminierungsgesetz gleichzusetzen wäre (vgl. Finzen 2015, 411). Für die Bewilligung eines Antrags von einem beziehungsweise einer an einer psychischen Krankheit Leidenden wurden explizite Voraussetzungen eingeführt, wonach „die Antragsteller an „unerträglichen und unbehandelbaren körperlichen oder psychischen Störungen“ leiden“ müssen (Finzen 2015, 411).

Jedoch bekommt der Terminus „unerträglichen Leidens“ dabei eine subjektive Konnotation. In Gegenüberstellung dazu sind die Kriterien der Unbehandelbarkeit mit medizinischen Mitteln bestimmt. Die Sterbehilfegesuche unterliegen ebenso festgelegten Reglementierungsschritten, wie beispielsweise Gutachten sowie Bestätigungen von zwei voneinander unabhängig tätigen Ärzten oder Ärztinnen. Außerdem muss ein*e Spezialist*in für die Krankheit zu Rate gezogen werden – im Falle einer Person mit einer psychischen Erkrankung ein*e Psychiater*in (vgl. Finzen 2015, 412). Zusätzlich wurden von den belgischen psychiatrischen Gesellschaften vierstufige Vorgaben erlassen, nach denen wie folgt schrittweise vorgegangen werden solle:

1. Im ersten Schritt erfolgt die Evaluation aller vorliegenden Befunde und der Anamnese.
2. Nachfolgend sollen alternative Möglichkeiten der Behandlung mit palliativmedizinischen Maßnahmen aufgezeigt werden (vgl. Finzen 2015, 412).
3. Der nächste Schritt umfasst die gründliche Aufklärung der Betroffenen über den Ablauf, über die Erkrankung, deren Verlauf sowie über alternative Wege. Danach muss noch einmal einer Prüfung unterzogen werden, ob der Sterbewille eindeutig und entschieden geäußert wird.
4. Zudem ist gesetzlich vorgeschrieben, dass Angehörige der Betroffenen in den Prozess des Sterbeentschlusses einzbezogen werden, wobei deren Zustimmung nicht notwendig, jedoch wünschenswert ist (vgl. Finzen 2015, 412). Nach Finzen (2015) bezeugen die legislativen Schritte zur Bewilligung keinen unkomplizierten und einfachen Verlauf einer Bewilligung, wie dies Kritiker*innen sehen. Jedoch soll kritisch betrachtet werden, inwiefern und wie umfangreich sowie präzise die gesetzliche Verordnung auch in der Praxis umgesetzt wird (vgl. Finzen 2015, 412).

3.2.2 Die „antizipierte Willenserklärung“

Es besteht überdies die Option „der antizipierten Willenserklärung“, die mit einer Patientenbeziehungsweise Patientinnenverfügung vergleichbar ist (vgl. Averdunk u. a. 2020, 15). Für den Fall, dass der Zustand eintreffen kann, in dem die Fähigkeit der Willensäußerung verloren geht, kann sowohl von Volljährigen als auch von Minderjährigen vorsorglich eine Willenserklärung abgegeben werden,

dass eine Ärztin oder ein Arzt an ihr bzw. ihm ‚eine Euthanasie praktiziert‘, wenn sie bzw. er an einer schweren und unheilbaren Beeinträchtigung infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung leidet, bewusstlos ist und die Situation nach aktuellem Stand der Wissenschaft irreversibel ist. (Weiffen 2020)

Darin können auch weitere Personen aufgelistet werden, die gemeinsam mit dem ärztlichen Personal in der Ermittlung des mutmaßlichen Patienten- beziehungsweise Patientinnenwillens einbezogen werden. Sollte die Verfassung der Willenserklärung aufgrund physischer Ursachen unmöglich sein, kann diese von einer des oder der Sterbewilligen ausgewählten Person erfolgen. Wie auch in den Niederlanden ist die praktizierte Tötung auf Verlangen bei einer „Föderalen Kontroll- und Evaluations-Kommission“ zu melden, welche die Erfüllung der vorgesehenen Verfahrensregeln beurteilt. Stimmt die Zweidrittelmehrheit der Kommission, die aus acht Mediziner*innen, vier Jurist*innen und vier Personen mit jeweiligem Schwerpunkt auf die Problematik des oder der unheilbar Kranken bestehen, dafür, dass diese Bedingungen nicht erfüllt sind, kommt es zur Weiterleitung des Falles an den Staatsanwalt beziehungsweise an die Staatsanwältin (vgl. Weiffen 2020).

3.2.3 Fallzahlen der Sterbehilfe und Entwicklungen in Belgien

3.2.3.1 Fallzahlen aus den Jahren 2018 und 2019

Die am 3.3.2020 von der Kommission für die Kontrolle und Bewertung der Euthanasie in Belgien veröffentlichten Zahlen zur Sterbehilfe im Jahr 2019, bezogen auf die von der Kommission geprüften Registrierungsunterlagen, geben an, dass 2656 Menschen Sterbehilfe in Anspruch genommen haben. Das bedeutet im Vergleich der Fälle im Jahr 2018 einen Anstieg um 12,5 Prozent, in diesem Jahr sind in Belgien 2357 Fälle aktiver Sterbehilfe verzeichnet (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie 2020, 2).

Laut der von der Kommission geprüften Registrierungsunterlagen sind 67,8 Prozent der Personen, die assistierten Suizid in Anspruch genommen haben, über 70 Jahre alt, während diesen im Jahr 2019 nur eine Person unter 18 Jahren in Anspruch genommen hat. Ein Anstieg ist mit steigendem Alter zu beobachten: Sieben Patienten beziehungsweise Patientinnen sind

im Alter von 18 bis 29 und 31 im Alter von 30 bis 39 Jahren zu verzeichnen (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2020, 2).

Krebserkrankungen und mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Linderung führenden, mit Behinderungen sowie Organversagen einhergehenden Polypathologien – eine Kombination mehrerer Krankheiten – konstituieren die Hauptbedingungen, warum Betroffene Sterbehilfeanträge stellten. Einen marginalen Anteil von 1,8 Prozent aller Suizidanfragen bilden psychische Störungen sowie Verhaltensstörungen. Darunter fallen psychiatrische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen sowie kognitive Störungen wie beispielweise Alzheimer. Der Großteil der Patienten beziehungsweise Patientinnen mit einem Prozentsatz von 82,8 Prozent haben gleichzeitig diverse Leiden physischen und psychischen Ursprungs, deren Auslöser schwere und unheilbare Erkrankungen waren. Die häufigsten Krankheiten, die zur Inanspruchnahme der Sterbehilfe veranlassen, sind mit einem Prozentsatz von 62,5 Tumore (Krebs), 17,3 Prozent leiden an multiplen Pathologien und 8,7 Prozent an jenen, die das Nervensystem betreffen (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2020, 4).

3.2.3.2 Fallzahlen aus dem Jahr 2020

Die Anzahl der in Belgien im Jahr 2020 eingegangenen Sterbehilfemeldungen, die ebenso von der Kommission geprüft wurden, beläuft sich auf 2444 Personen. Ein marginaler Abfall ist im Vergleich zur Anzahl im Jahr 2019 zu verzeichnen (vgl. CFCEE - Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2021).

Im Jahr 2020 liegt der Anteil der Suizidwilligen über 70 Jahren bei 66,6 Prozent, während in diesem Jahr keine Person unter 18 Jahren Sterbehilfe in Anspruch nimmt. Ein Anstieg mit steigendem Alter ist auch im vorangegangenen Jahr zu beobachten: Fünf Patienten beziehungsweise Patientinnen sind im Alter von 18 bis 29 und 16 im Alter von 30 bis 39 Jahren zu verzeichnen (vgl. CFCEE - Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2021).

Die Hauptgründe für Ansuchen um Euthanasie bleiben in der Reihenfolge analog zu jenen im Jahre 2019: Krebserkrankungen, das gleichzeitige Leiden an mehreren Krankheiten (Polypathologien) ohne Aussicht auf Besserung, jedoch mit zu erwartbaren Folgen schwerer Behinderungen und/oder Organversagen, gefolgt von Erkrankungen, die das Nervensystem betreffen. Psychiatrische Erkrankungen stellen nur einen sehr geringen Anteil von 0,9 Prozent aller Sterbehilfegesuche dar (vgl. CFCEE - Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2021).

Laut Ergebnissen der Prüfung der Kommission für Kontrolle und Bewertung der Euthanasie soll „die Anwendung des Gesetzes in den letzten zwei Jahren zu keinen größeren Schwierigkeiten oder Missbräuchen geführt [haben], die gesetzgeberische Initiativen erfordern würden.“ (CFCEE - Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie 2021)

3.2.3.3 Vergleich der Fallzahlen zwischen den Jahren 2002 und 2020

Im folgenden Säulendiagramm wird die Entwicklung der Sterbehilfe in Belgien seit Erlass des Gesetzes Ende des Jahres 2002 deutlich. Ein kontinuierlicher Anstieg der Zahlen ist zu verzeichnen, wobei im Jahr 2020 mit einer Anzahl von 2444 ein leichter Abfall zu konstatieren ist (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie 2020, 12).

Wie aus der Statistik der „Kommission für Kontrolle und Bewertung der Euthanasie“ über das Alter der Personen, die in den Jahren 2016 bis inklusive 2019 Sterbehilfe in Anspruch nehmen, ersichtlich ist, so bleibt die Anzahl der Sterbewilligen unter 18 Jahren mit einer Anzahl von zwei im Jahr 2016 und jeweils einer Person im Jahr 2019 sowie 2017 sehr gering. Im Zeitraum 2016 bis inklusive 2019 sind 39 Sterbehilffälle im Alter von 18 bis 29 zu verzeichnen, was ebenso eine marginale Menge beschreibt. Im Gegensatz dazu kommt es im Vergleich zu den älteren Sterbewilligen zu einem kontinuierlichen Anstieg der Sterbewilligen im Alter ab 30 Jahren, was sich bis zum Alter von 89 Jahren enorm steigert. Insgesamt nehmen im gleichen Zeitraum dieser vier Jahre 2683 80- bis 89-jährige Personen Sterbehilfe in Anspruch, wobei ab diesem Alter wieder ein Rückgang der Fälle dokumentiert ist (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie 2020, 14).

Mehrere unterschiedliche, gleichzeitig auftretende Leidensarten sowohl physischen als auch psychischen Ursprungs, meist infolge schwerer sowie nicht heilbarer Beschwerden, stellen für die Mehrheit der Fälle der Suizidwilligen, mit einem Prozentsatz von 80,9 Prozent, die Gründe ihres Entschlusses dar (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie 2020, 48).

Betrachtet man im Zeitraum 2018 bis 2019 die Gruppe der Patienten und Patientinnen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen, wozu psychiatrische sowie kognitive Erkrankungen zählen, so sind 105 Suizidentschlüsse registriert. Kognitive Störungen umfassen vor allem Demenzen und Alzheimer, während Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatischer Stress, Schizophrenie und Autismus zu den häufigsten psychiatrischen Krankheiten gerechnet werden (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie 2020, 40).

Die Hauptgründe psychisch erkrankter, junger Erwachsener, die Sterbehilfe in Anspruch nehmen, umfassen jahrelange unwirksame Behandlungen psychiatrischer Erkrankungen, wobei die Symptome und Schmerzen chronischen Ursprungs sind und hinsichtlich ihrer Dauer sowie Intensität differieren. Zum Zeitpunkt der Antragstellung wird das Leiden als sehr intensiv, anhaltend und nicht erträglich angegeben, was das Gefühl der Hoffnungslosigkeit der jeweiligen Situation ohne Perspektive eines Auswegs respektive einer Linderung weckt. Bei jungen Patienten und Patientinnen werden neben diesem Grund für den Entschluss oft Erfahrungen aus früheren Lebensabschnitten genannt, die zu einem Antrag führen. Ad exemplum sind sexueller Missbrauch, kindliche Vernachlässigung sowie Ablehnung der Eltern, selbstzerstörerisches Verhalten und Suizidversuche zu erwähnen. Erst gescheiterte Selbstmordversuche haben die Betroffenen auf die Alternative würdevollen Sterbens aufmerksam gemacht (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2020, 41).

3.3 Niederlande

3.3.1 Das Konzept der Euthanasie

Mit dem am 1.4.2002 in Kraft getretene Gesetz zur Euthanasie und zur Beihilfe zur Selbstdtötung waren die Niederlande das erste Land weltweit, dass Euthanasie und den assistierten Suizid legalisierte. Das vorliegende Kapitel dient zur Beschreibung der gesetzlichen Regelung, der Praxis der Euthanasie sowie der Kritik an der heute geltenden rechtlichen Lage in den Niederlanden. Bevor jedoch auf die bestehende Rechtsordnung in den Niederlanden und auf deren Entwicklung näher eingegangen werden kann, sollen die dort gebrauchten Begriffe erläutert werden, da die dahingehende Terminologie von den in Österreich gebrauchten Termini abweicht.

Unterschieden werden drei Formen der aktiven Lebensbeendigung: Euthanasie, Beihilfe zum Selbstmord und Lebensbeendigung ohne Verlangen. Der Begriff Euthanasie wird für die Art der Sterbehilfe der Tötung auf Verlangen verwendet, der die bewusste, aktive Lebensbeendigung eines anderen beziehungsweise einer anderen auf seinen oder ihren Wunsch hin beschreibt. Wenn der Arzt oder die Ärztin aktive Sterbehilfe ohne Ersuchen leistet, ad exemplum bei im Koma liegenden Schwerkranken oder Neugeborenen, spricht man von Lebensbeendigung ohne Verlangen oder Lebensbeendigung, wobei in diesen Fällen Strafbarkeit aufgrund Totschlages respektive Mordes droht. Wird jemandem geholfen, sein Leben selbst zu beenden, was im Regelfall ärztliches Personal übernimmt, so verwendet man den Terminus der Beihilfe zur Selbstdtötung (vgl. Gavela 2013, 108). In den Niederlanden

werden Fälle der passiven Sterbehilfe unter den Begriffen des Behandlungsabbruches oder der Nichtaufnahme dessen eingeordnet (vgl. Gavela 2013, 109).

Im Folgenden soll die gesetzliche Regelung sowie die Praxis der Euthanasie in den Niederlanden betrachtet werden. In den Niederlanden wurde als erstes Land weltweit die aktive Sterbehilfe unter gewissen Voraussetzungen im Jahr 2002 legalisiert. Es gelten Gründe für Strafausschließung ausschließlich für ärztliches Personal („nicht aber für Pflegepersonal), die dann laut Artikel 293 Absatz 2 gilt,

wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der damit die in Artikel 2 das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbstdtötung genannten Sorgfaltskriterien eingehalten und dem Leichenbeschauer der Gemeinde gemäß Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen Meldung erstattet hat. (Averdunk u. a. 2020, 10)

Die Absicht hinter dieser Regelung ist vonseiten der Gesetzgeber die Schaffung eines einheitlichen und transparenten Prozesses sowie von Rechtssicherheit für Ärzte und Ärztinnen (vgl. Averdunk u. a. 2020, 10). Ein Arzt oder eine Ärztin ist für aktive Sterbehilfe- und Suizidbeihilfetälle nur dann strafbefreit, wenn die gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien, ferner die zusätzlichen Meldevoraussetzungen hinsichtlich des Bestattungs- und Leichenwesens eingehalten werden (vgl. Averdunk u. a. 2020, 11). Außerdem gelten für ärztliches Fachpersonal folgende Sorgfaltskriterien:

[...] Die in Artikel 293 Absatz 2 Strafgesetzbuch genannten Sorgfaltskriterien beinhalten, dass der Arzt

- a) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,
- c) den Patienten über dessen Situation und über dessen Aussichten aufgeklärt hat,
- d) gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den unter den Buchstaben a bis d genannten Sorgfaltkriterien Stellung genommen hat, und
- f) bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbstdtötung mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen ist. (Averdunk u. a. 2020, 11)

Somit unterliegen die aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) und der assistierte Suizid (Beihilfe zur Selbstdtötung) unter diesen bestimmten Bedingungen der Straflosigkeit (vgl. Weiffen 2020). Überdies muss ein Arzt oder eine Ärztin der Überzeugung sein, dass die Entscheidung zur Sterbehilfe ohne Druck, frei und unter Selbstbestimmung des Patienten oder der Patientin getroffen wurde (vgl. Averdunk u. a. 2020, 11-12). Eine selbstbestimmt, freiwillig

und wohlüberlegt geäußerte Bitte ist diese sodann, wenn sie frei und ohne äußere Druck Dritter verlautbart wurde. Wesentlich ist auch die Sicherstellung vonseiten des ärztlichen Personals, dass der Entschluss keiner psychischen Störung oder einer unvermittelten und vorübergehenden Gefühlsschwankung entspringt (vgl. Gavela 2013, 118).

Außerdem wird in den Sorgfaltskriterien das Vorliegen eines aussichtslosen Leidens sowie die Tatsache, dass der Arzt oder die Ärztin keine reale Behandlungsoption der Leidlinderung mehr sieht, vorgeschrieben (vgl. Grundmann 2003, 91). Gibt es noch Möglichkeiten der Behandlung, so kann nicht von einem aussichtslosen Leiden gesprochen werden. Dieser Fall tritt gemäß dem Gesetz ein, wenn bei artgerechter Behandlung innerhalb einer bestimmten Zeit eine Besserungschance besteht, wobei die erwartbare Besserung in einem ertragbaren Verhältnis zu der Belastung der Betroffenen durch die Therapien steht (vgl. Grundmann 2003, 92). Ergo ermöglichen objektive, medizinische Kriterien dem Arzt oder der Ärztin, über die Aussichtslosigkeit der Qualen zu urteilen, den Zustand sowie die Chance des Behandlungswirksamkeit zu bestimmen (vgl. Gavela 2013, 120). Die Definition eines „unerträglichen Leidens“, das sowohl auf eine körperliche als auch auf eine psychische Ursache zurückgehen kann, wird vom niederländischen Gesetzgeber nicht näher ausgeführt, um Freiräume bei konkreten Umständen eines Falls zu schaffen (vgl. Gavela 2013, 92, 119). Das Kriterium der Unerträglichkeit der Qualen bleibt ein subjektives. Der Arzt oder die Ärztin muss das Leiden des Patienten oder der Patientin auf Grundlage seines oder ihres medizinischen Wissens bewerten, um diesen Faktor so zu objektivieren. Hierbei sieht Grundmann (2003) jedoch die Problematik in der doppelten Subjektivierung des Faktors des Unerträglichen. Die doppelte Subjektivierung begründet sich zum einen im subjektiven Empfinden des Unerträglichen vonseiten des oder der Betroffenen. Zum anderen ist aber nicht diese Einschätzung des oder der Suizidwilligen entscheidend, sondern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin muss den Entschluss über die Unerträglichkeit dieses Leidens gefasst haben (vgl. Grundmann 2003, 92-93). Demnach wird aus subjektiver ärztlicher Perspektive heraus ein Urteil über das subjektive Empfinden des Patienten oder der Patientin gefällt (vgl. Grundmann 2003, 93).

Überdies wurde im Jahr 2016 von den Kontrollkommissionen ein Reflexionsgremium für die Koordination innerhalb der Kommission sowie für die präzisere Auseinandersetzung mit der Beurteilung gebildet, das aus zwei Juristen oder Juristinnen, zwei Ärzten und Ärztinnen, einem Sekretär oder einer Sekretärin sowie zwei Personen, die in Ethik- oder Sinnfragen sachkundig sind, besteht (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 23). Eine weitere Voraussetzung betrifft die Unabhängigkeit der Kommission, was amplifiziert, dass sie

ihre Prüfungstätigkeit ohne Beeinflussung anderer, Politiker*innen oder Minister*innen ausführen (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 26). Die Aufgaben des Reflexionsgremiums, sofern sie von der Kommission beauftragt werden, sind die Unterstützung bei komplexen Fällen respektive spezifischen Fragen. Die Evaluierung des Einsatzes des Reflexionsgremiums zeigt, dass sich diese in der Praxis bewährt (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 23).

Was den Umgang mit Patienten und Patientinnen mit psychiatrischen Erkrankungen betrifft, ad exemplum einer (leichten) geistigen Behinderung, wird jener mit besonderer Sorgfältigkeit vorgesehen, da auch Menschen mit geistiger Behinderung den Sterbenswunsch nach reiflicher Überlegung sowie freiwillig geäußert beantragen können (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 52). In solchen Fällen muss insofern eine besonders aufmerksame Prüfung erfolgen, als ermittelt werden muss,

ob der Patient mit Blick auf sein Sterbehilfeersuchen willensfähig ist. Darum muss der Arzt, neben dem regulären Konsiliararzt, der die Einhaltung der Sorgfaltskriterien [...] überprüft, im Prinzip auch einen Facharzt hinzuziehen, der die Willensfähigkeit des Patienten beurteilt (z. B. einen Arzt, der auf Menschen mit geistiger Behinderung spezialisiert ist). (Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 52)

3.3.2 Euthanasie bei Minderjährigen

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Sterbehilfe für Minderjährige sind die Niederlande das zweite Land nach Belgien, das die aktive Sterbehilfe für Kinder, mit einer Altersbeschränkung ab zwölf Jahren, und auch für Neugeborene legalisiert hat, sofern eine unheilbare respektive unerträgliche Krankheit vorliegt und alle Bewilligungskriterien eingehalten wurden. Eltern können somit ab dem Jahr 2021 in den Niederlanden aktive Sterbehilfe für Kinder beantragen, die todkrank sind. Die Gesetzeslage schreibt vor, dass ärztliches Personal den Sterbeantrag junger Erwachsener zwischen 16 und 18 Jahren dann bewilligen kann, wenn die Eltern oder der Vormund in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, eine Zustimmung ihrerseits ist jedoch nicht notwendig. Das Einverständnis der Eltern beziehungsweise des Vormundes ist dann unerlässlich, wenn der Jugendliche zwischen zwölf und 16 Jahre alt ist (vgl. Weiffen 2020).

Das Vorgehen aktiver Sterbehilfe gleicht bei Kindern und Jugendlichen dem bei Erwachsenen. Das Prozedere der Lebensbeendigung nach Ausführung der oben genannten Sorgfaltskriterien muss bei der zuständigen Leichenbeschauerin oder dem Leichenbeschauer vom Arzt oder von der Ärztin gemeldet und das Protokoll der ausgeführten Kriterien muss vorgelegt werden. Dieses unterliegt wiederum einer Prüfung bei einer Kontrollkommission. Bei Zweifel

rechtmäßigen Ursprungs an der Vorgehensweise des ärztlichen Personals wird die Staatsanwaltschaft veranlasst, den Fall zu überprüfen (vgl. Weiffen 2020).

3.3.3 Die Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügung

Kann ein Patient oder eine Patientin aufgrund einer eingetretenen Zustandsänderung nicht mehr seinen oder ihren Willen äußern, so besteht die Möglichkeit der Äußerung des freiwilligen und wohlüberlegten Euthanasieentschlusses in Form einer im Vorhinein schriftlich verfassten Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügung (vgl. Grundmann 2003, 90-91).

[Demnach] kann ein Arzt oder eine Ärztin der Bitte eines über 16-jährigen Patienten, der sich nicht mehr willensfähig äußern kann, jedoch vorab einen schriftlich geäußerten Sterbewunsch in Form einer Patientenverfügung abgegeben hatte, unter Erfüllung aller Sorgfaltspflichten [...] straffrei nachkommen. (Averdunk u. a. 2020, 11-12)

Liegt keine schriftliche Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügung vor und verfügt der oder die Betroffene zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr über seine oder ihre Entscheidungsfähigkeit, so wird bei Euthanasie nicht der mutmaßliche Patientenbeziehungsweise Patientinnenwille wirksam, da der Gesetzgeber die ausdrückliche Bitte derselben Person fordert (vgl. Grundmann 2003, 90-91). Ergo würde Sterbehilfe bei nicht entscheidungsfähigen Menschen ohne Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügung Tötung ohne Verlangen bedeuten (vgl. Grundmann 2003, 90-91). Rechtlich wirksame Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügungen können sowohl von Erwachsenen als auch von Minderjährigen ab 16 Jahren unter der Prämisse erstellt werden, dass sie „zur vernünftigen Bewertung [ihrer] Interessen in dieser Sache fähig erachtet werden“ (Grundmann 2003, 218). Ist der oder die Minderjährige bei der Erstellung dessen noch nicht 16 Jahre alt, so ist die Verfügung rechtsgültig, wenn diese erst nach Vollendung des 16. Lebensjahres wirksam werden sollte. Hat ein*e Jugendliche*r ab 16 Jahren, der nicht in der Lage der Willensäußerung ist, eine Willenserklärung zu einem Zeitpunkt schriftlich geäußert, zu dem er oder sie entscheidungsfähig war, so ist diese gültig. Die schriftliche Erklärung muss jedoch vom Minderjährigen selbst gestellt werden. Die Äußerung im Namen des Patienten oder der Patientin ist nicht zulässig. Minderjährige ab 16 Jahren, die einwilligungsunfähig sind, haben dieselben Reglementierungen wie Erwachsene einzuhalten (vgl. Grundmann 2003, 115).

In diesem Kontext erwähnt seien auch unter schwerer Demenz leidende Sterbewillige: Auch in diesen Fällen ist ein ärztlich assistierter Suizid gesetzlich geregelt. Auch in diesem Fall bildet die Grundlage der Straflosigkeit dessen das Vorliegen einer schriftlichen Patientenbeziehungsweise Patientinnenverfügung (vgl. Averdunk u. a. 2020, 11-12). Diese ist im Fall der Euthanasie die einzige zulässige Möglichkeit des Festhaltens des Willens, wenn der oder

die Betroffene in den Zustand der Entscheidungsunfähig gelangen sollte. Die Instrumente der Vorsorgevollmacht, der rechtlichen Betreuung oder der mutmaßlichen Einwilligung kommen hierbei nicht zum Tragen. In den Niederlanden können demnach Patienten oder Patientinnen, die in einem entscheidungsunfähigen Zustand sind, mit einer im Voraus verschriftlichten Patientenverfügung dennoch Euthanasie erhalten. Der Nexus dazu ist, dass Personen mit Patienten- beziehungsweise Patientinnenverfügung nicht in die Kategorie der Entscheidungsunfähigen eingeordnet werden, die eben keine Entscheidungen mehr treffen können (vgl. Grundmann 2003, 113).

3.3.4 Fallzahlen der Euthanasie und Entwicklungen in den Niederlanden

3.3.4.1 Vergleich der Fallzahlen zwischen den Jahren 2011 und 2019

Hinsichtlich der Sterbehilfetfälle in den Niederlanden ist zwischen den Jahren 2011 und 2012 ein Anstieg um ca. 13 Prozent, von 3695 auf 4188 Fälle, zu verzeichnen, was sich im Jahr 2013 mit 4829, im Jahr 2014 mit 5306, im Jahr 2015 mit 5516 und im Jahr 2016 mit 6091 Fällen fortgesetzt hat. Laut des jährlich veröffentlichten Berichtes der Institution „RTE - Regionale Toetsingscommissies Euthanasie“ nehmen die Sterbehilfetfälle auch im Jahr 2019 mit einer Anzahl von 6361 Fällen zu, was 4,2 Prozent aller Todesfälle in den Niederlanden darstellt. Verglichen mit der Zahl im Jahr 2018 (6126 Fälle), was einem Zuwachs von 3,8 Prozent entspricht, ist im Jahr 2017 mit 6585 Meldungen erstmals ein Rückgang um 4,4 Prozent zu verzeichnen (vgl. Weiffen 2020).

3.3.4.2 Fallzahlen aus dem Jahr 2020

Im Jahr 2020 wiederum kommt es mit 6938 Sterbehilfetfällen im Vergleich zum Vorjahr zu einer 9,1-prozentigen Steigerung (vgl. Weiffen 2020). Seit Inkrafttreten des Sterbehilfegesetzes sind damit im Jahr 2020 die meisten Sterbehilfemeldungen eingegangen (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 10).

Dabei wird das Verhältnis der Fälle zwischen Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, ausgehend von 6938 Sterbehilfetfällen, wie folgt gebildet:

- Lebensbeendigung auf Verlangen: 6705 Fälle
- Hilfe bei der Selbsttötung: 216 Fälle
- Kombination aus beiden Arten der Sterbehilfe: 17 Fälle (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe- RTE 2020, 9).

Letzteres ist der Fall, wenn ein Patient, der im Rahmen der Hilfe bei der Selbsttötung das vom Arzt überreichte Mittel eingenommen hat, nicht innerhalb einer zwischen Arzt und Patient vorab vereinbarten Zeit verstirbt. In diesem Fall führt der Arzt doch noch die Lebensbeendigung auf

Verlangen durch, indem er intravenös ein komaauslösendes Mittel, gefolgt von einem Muskelrelaxans, verabreicht. (Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 10)

Die häufigsten Krankheiten der Patienten oder Patientinnen, die einen Prozentsatz von 90,6 der 6289 Fälle ausmachen, umfassen:

- nicht (mehr) heilbaren Krebs mit 4480 Fällen,
- Erkrankungen des Nervensystems mit 458 Fällen, wozu beispielsweise Morbus Parkinson, MS oder ALS zählen,
- Herz- und Gefäßkrankheiten mit 286 Fällen,
- Lungenerkrankungen mit 209 Fälle und
- Mehrfacherkrankungen mit 856 Fällen.

Psychiatrische Erkrankungen sind in 33 Fällen der Sterbehilfemeldungen zu verzeichnen (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 13).

Was die Altersangaben der Sterbehilfefälle im Jahr 2020 betrifft, so werden die meisten Fälle im Alter von 70 bis 80 Jahren verzeichnet, was eine Anzahl von 2320 mit 33,4 % darstellen, gefolgt von den 80- bis 90-Jährigen, von denen 1722 Sterbehilfefälle mit 24,8 Prozent gemeldet sind. Im Jahr 2020 nimmt ein minderjähriger Patient in der Altersgruppe von zwölf bis 17 Jahren Sterbehilfe wahr, 23 Fälle werden in der darauffolgenden Altersgruppe mit einer Grenze von 30 Jahren dokumentiert. 72 Meldungen sind in der Altersgruppe der 18- bis 40-Jährigen zu verzeichnen. 44 davon leiden an Krebs, in 16 Fällen liegt eine psychiatrische Erkrankung als Leidensursache vor (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 14-15).

4 Kindliche und jugendliche Wahrnehmung des Sterbensprozesses und des Todes

Im folgenden Abschnitt wird die Wahrnehmung des Sterbeprozesses sowie des Todes bei Kindern und jungen Erwachsenen im Hinblick auf die Frage danach thematisiert, wann beziehungsweise ob Kinder und junge Erwachsene aus kognitiver sowie entwicklungspsychologischer Sicht zur Suizidentscheidung befähigt sind. Mit einer im ersten Schritt aus fachlicher Perspektive erfolgten Darlegung der kindlichen und jugendlichen Wahrnehmung des Sterbens und des Todes kann ferner abgewogen werden, inwiefern die Möglichkeit des assistierten Suizids bei diesen Personengruppen vor dem Hintergrund entwicklungspsychologischer sowie kognitiver Theorien gerechtfertigt beziehungsweise nicht gerechtfertigt ist und somit missbräuchlichen Gebrauch begünstigt.

Der Umgang mit dem Sterben und der Zeitpunkt, wann sich das Bewusstsein über den Tod herausbildet, sind altersabhängig. Kinder unter sechs Jahren begreifen den Tod nicht bewusst

oder sinnerfassend, auch in älteren Altersgruppen sind die Prozesse des Sterbens noch nicht in vollem Ausmaß begreifbar, was den Umgang damit im Gegensatz zu dem von Erwachsenen wiederum erleichtern kann. Erst ab dem sechsten bis neunten Lebensjahr erkennen Kinder die Endgültigkeit, die mit dem Tod einhergeht, ebenso die Tatsache, dass alle Menschen sterben müssen, auch wenn sie den Tod selbst noch nicht begreifen können. Generell wird dieser mit etwas Negativem und Bösem respektive mit einer Bestrafung gleichgesetzt (vgl. Hinderer u. Kroth 2005, 29). Im Alter von zehn bis 14 Jahren werden die gesamten Folgen des Todes sowie die eigene Endgültigkeit bewusst, womit die Forderung des Hinterfragens dieser Prozesse sowie deren Sinnhaftigkeit einhergeht (vgl. Hinderer u. Kroth 2005, 30).

Kinder ab zwölf Jahren und Jugendliche können nur die für sie resultierenden Folgen des Todes und dessen Endgültigkeit erfassen. Jugendliche sorgen sich beispielsweise um die Situation der finanziellen Absicherung, wenn ein Elternteil ausfallen würde. Die Denkmuster der Erwachsenen sind nun denen der jungen Erwachsenen ähnlich. Durch die Tatsache der Erfassung der Endgültigkeit durch den Tod bedrücken Jugendliche oft Fragen des Sinns, in weiterer Folge kommt es zur Entwicklung eigener Ideen und Gedanken über den Tod. Gleichzeitig stellen sie häufig elterliche Überzeugungen über den Tod, die meist religiösen Ursprungs sind, infrage (vgl. Röseberg u. Müller 2014, 22-23).

5 Motive der jungen Erwachsenen hinsichtlich des Sterbehilfewunsches

Vor dem Hintergrund der Gründe, warum Sterbehilfeanträge gestellt werden, sollen die Motive zum Suizid bei Kindern und Jugendlichen erläutert werden.

In Anbetracht dessen, dass diese sehr variabel sind und oft in Kombination mit Mangelzuständen körperlicher und sozialer Art auftreten, ist in der Prüfung der möglichen Gewährung des assistierten Suizids ein besonderer Fokus auf diese werfen, um untersuchen zu können, ob diese die Fähigkeiten der Entscheidungsfindung, der Autonomie und der Selbstbestimmung beeinflussen. Die daraus gewonnenen Aspekte sollen ein Fundament für die Beantwortung der zugrundeliegenden Ausgangsfragestellung schaffen, um in weiterer Folge die gesetzliche Ausführung in Anbetracht der möglichen Konsequenzen eines missbräuchlichen Gebrauches respektive eines erleichterten Zuganges für Kinder und junge Erwachsene kritisch analysieren zu können.

Die Motive umfassen Liebeskummer, Einsamkeit, Scham, Enttäuschungen oder fehlender Lebenssinn. In solch‘ einem verzweifelten Zustand bewerten Betroffene das gesamte Leben als

katastrophal, zudem fehlt häufig der oder die Gesprächspartner*in sowie Ratschläge für Probleme; viele verspüren das Gefühl der Leere (vgl. Buchmann 2017, 79-80).

Buchmann (2017) trifft die generelle Unterscheidung nach Suizidgründen, etabliert von Durkheim, zwischen dem „egoistischen und altruistischen Suizid“. Individuelle respektive egoistische Motive des Suizids begründen sich in Einsamkeit, Verzweiflung, fehlender sozialer Bindung, Lebensüberdruss, Angst vor Verlust der Würde und Freiheit, während ein altruistischer Suizid die Opferung eines Menschen für andere beschreibt (vgl. Buchmann 2017, 78). Diese sogenannte soziologische Suizidtheorie begründet sich in zu geringer Anzahl an „Beziehungsangebote für den einzelnen in der Gesellschaft und zu wenig individuelle Zuwendung [...], was zum Gefühl von Einsamkeit und Unerwünschtsein führen kann.“ (Bojack 2010, 6-7)

Im Speziellen Jugendliche und Kinder betreffend, definiert Bojack (2010) weitere Suizidtheorien:

- a) Bei der von Freud geprägten psychoanalytischen Suizidtheorie steht die Aggressionsumkehr im Mittelpunkt. Nach einer Enttäuschung oder Kränkung kommt es zum unbewussten Empfinden von Hass, zu Gefühlen der Rache oder Mordgedanken, die aber nicht gegen andere, sondern gegen sich selbst gerichtet werden.
- c) In der psychodynamischen Theorie steht das präsuzidale Syndrom im Vordergrund, womit ein von Dauerhaftigkeit geprägter seelischer Zustand bezeichnet wird, in dem sich der oder die Betroffene schon lange vor dem Suizid befindet. Merkmale dieses Zustandes sind eine pessimistische Sicht auf die Gegenwart respektive Zukunft, Leblosigkeit, Einengung, Aggression, Fantasien über Selbstmord, auch die gelebte Kindheit erscheint leer. In diesen Fällen kommt es zur Isolation der Jugendlichen sowie zum Abbruch jeglicher Freundschaften. In weiterer Folge verachten und entwerten Betroffene ihre eigene Persönlichkeit und haben kein Selbstvertrauen sowie kein Vertrauen zu anderen. Die Aggression wird aufgrund des übermächtigen Erscheinens der eigentlichen Objekte, beispielsweise der Eltern und Freunde, zunehmend gegen sich selbst gerichtet. Die Bestrafung dieser Personen soll mit dem Suizid vollzogen werden. Diese Fantasien des Selbstmordes können zum Wunschtraum des eigenen Todes bis hin zur Todesfaszination führen. Körperlich können sich Suizidwünsche bei Kindern und Jugendlichen durch psychosomatische Symptome wie Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwäche- sowie Schwindelgefühle, Müdigkeit und Schlaflosigkeit äußern. In vielen Fällen kommunizieren Jugendliche ihre Suizidpläne durch Phrasen wie „bald habe ich ganz viel Zeit“, [...] „Ich will sterben“, „Ich habe keine Lust mehr

zu leben“, [...] „Ich möchte schlafen und nicht mehr aufwachen“, „Bald wird der ganze Mist vorbei sein“ (Crepet 1996, 175). Plötzliche Verweigerung der schulischen Leistungen, das Fernbleiben vom Unterricht, das Weglaufen von der Schule oder von zu Hause, das Abwenden von den Eltern, fehlende Kommunikationsbereitschaft und allgemeines Desinteresse, sowohl Familie und Freunde als auch Hobbys betreffend, deuten ebenso auf Suizidabsichten hin (vgl. Bojack 2010, 7).

In Ergänzung dieser genannten Signale sollen nach Crepet (1996), aufgestellt von Judy Smith, folgenden Merkmale alarmierend wirken:

Traurigkeit und plötzliches Weinen, Nachlassen der Energien, Verlängerung oder plötzliche Verkürzung der Schlafzyklen, Zunahme oder plötzliche Abnahme des Appetits, Zunahme der Lustlosigkeit und der Langeweile, Verminderung der Fähigkeit sich zu konzentrieren und Entscheidungen zu treffen, plötzliche Veränderung der Stimmungslage (von einem scheuen und spröden Charakter zu einem euphorischen und aufgeregten oder umgekehrt), die Neigung, zornig zu werden und zu streiten und dann lange Zeit zu schweigen, [...] Zunahme riskanter Verhaltensweisen (Motorrad- oder Autorennen), Zunahme von Schuldgefühlen, [...] Vernachlässigung der äußeren Erscheinung und der Hygiene, Anspielungen auf den Tod in Aufsätzen, in Gedichten oder in anderen schriftlichen Aufzeichnungen [und] plötzliches Desinteresse für die Ausarbeitung von Zukunftsplänen. (Crepet 1996, 176)

d) Nach stresstheoretischen Ansätzen sollen belastende Lebensereignisse, wie die elterliche Scheidung, im Zentrum der Erklärung des Suizidgeschehens bei jungen Erwachsenen stehen. Der entscheidende Faktor im Umgang mit solchen Belastungen ist einerseits die subjektive Bewertung derer und andererseits das Ausmaß der verfügbaren Möglichkeiten der Bewältigung. Fehlt das Selbstvertrauen, fühlt man sich überfordert, dominiert eine pessimistische und hoffnungslose Haltung und sieht man keine Lösung der unerträglichen Umstände, so steigt das Risiko der Entwicklung von Suizidgedanken. Ferner wird bei Jugendlichen mit Suizidgedanken „passives Bewältigungsverhalten“ im Sinne des Grübelns oder Vermeidens konstatiert, womit häufig eine Depression einhergeht.

e) Lernpsychologische Ansätze der Erklärung des Suizidgeschehens besagen, dass suizidale Verhaltensweisen erworben sind und aus misslungenem Bewältigungsverhalten resultieren. In diesem Konnex soll der Effekt der Nachahmung erwähnt werden, nach dem Kinder und Jugendliche ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, wenn ein Elternteil Selbstmord begangen hat. Hierbei ist auch die mediale Wirkung in Bezug auf die Imitation als beschleunigender Aspekt anzusiedeln: Fiktive Modelle des Selbstmordes und die aufsehenerregende Berichterstattung über Suizide können Nachahmung bewirken.

f) Zuletzt kann Suizidverhalten auch mit genetischen oder neurologischen Ursachen, beispielsweise infolge niedriger Serotoninausschüttung im Hirnstamm, wodurch auch Depressionen ausgelöst werden können, erklärt werden (vgl. Bojack 2010, 7-9).

Zusammengefasst werden nicht bewältigbar erscheinende Problem- und Krisensituationen als Suizidgründe genannt, in denen keine Hilfe mehr als Ausweg erlebt wird (vgl. Bojack 2010, 10). Auch Neitzke (2013) konstatiert insofern soziale und persönliche Ursachen als suizidale Auslöser, als „kränkende Konfliktsituationen vor dem Hintergrund einer noch unzureichend stabilisierten Persönlichkeit“ als häufigste Motive in Suizidversuchen respektive Suiziden bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet werden (Neitzke 2013, 356). Neitzke (2013) listet gestörte Verhältnisse in der Familie im Sinne der Abwesenheit eines oder beider Elternteile, Streitigkeiten oder auch Disharmonie sowie Trennung der Eltern als Konfliktsituationen auf. Vernachlässigung, mangelnde Zuwendung, bis hin zu Gewalt-, Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen sowie Todes- und Suizidfälle im Familien- oder Bekanntenkreis werden als Suizidmotive deklariert. Probleme in der Schule, Schwierigkeiten beim Lernen, Stress, zu hoher Druck, Konflikte in Freundschaften, die Übernahme der Rolle des Außenseiters oder der Außenseiterin, das Gefühl der Einsamkeit oder auch zu Bruch gegangene Liebesbeziehungen werden nach Bojack (2010) ebenso als Suizidursachen definiert. Psychische Störungen, insbesondere Depressionen, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen, Alkohol- sowie Drogenmissbrauch, aber auch Perspektivlosigkeit in Bezug auf finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit oder Probleme in der Ausbildung stellen weitere Motive dar, wobei sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen lassen. Für Mädchen und Frauen sind es Konflikte in Beziehungen und Freundschaften, Enttäuschungen sowie Angst vor einem Verlust der Zuneigung, während für Jungen und Männer Ängste des Versagens, Leistungsknicks oder abwertende Gefühle als suizidale Gründe angeführt werden (vgl. Bojack 2010, 9-10).

Jedoch darf die Ambivalenz des tatsächlichen Versterbens nicht unberücksichtigt gelassen werden. Die im Gespräch vorgebrachten Suizidmotive decken sich häufig nicht mit den tatsächlichen Absichten und diese wiederum oft nicht mit den nicht eingestandenen Gründen. Bei sogenannten „Appell-Suiziden“ soll nicht unbedingt die Lebensbeendigung im Vordergrund stehen, sondern der Wunsch nach Hilfe respektive Hilfsangeboten bei Suizidgeudenken. Die Motive dieser Art des Selbstmordes umfassen beispielsweise

geringe Frustrationstoleranz, [...] Liebeskummer; auch Gruppensuizide, und betreffen meist erst kurz zurückliegende belastende Anlässe. Diese deuten darauf hin, dass die Entscheidung nicht wohlerwogen ist. Deshalb ist es wesentlich, zu hinterfragen, ob die vorgebrachten Argumente den tatsächlichen Gründen entsprechen und welche möglicherweise dahinter stehenden, vielleicht unbewussten, Motive für die Entscheidung eine Rolle spielen. (Neitzke 2013, 352-353)

6 Positionen der ethischen Legitimation der Sterbehilfe

Mit den Fragen danach, wie man in Bezug auf den assistierten Suizid handeln und welche Entscheidung hinsichtlich moralischer Gebote getroffen werden soll, beschäftigen sich nicht die Gesetze, sondern verschiedene Positionen der ethischen Legitimation der Sterbehilfe. Im folgenden Kapitel geht es darum, die ethischen, sich unterschiedlich entwickelten Argumentationsmuster zu beschreiben, die aus verschiedenen philosophischen Richtungen stammen. Da die Debatte um Sterbehilfe ethische Probleme aufwirft und diese auch in der Praxis bis dato nicht gelöst sind, sollen philosophische Ansatzpunkte vorgestellt und ferner auch versucht werden, nicht nur „vernünftige Regeln für die Praxis zu finden [...], [sondern auch] die unterschiedlichen Argumentationsstränge zu trennen und jeweils auf ihre Überzeugungskraft zu prüfen.“ (Birnbacher 2010, 31)

Befürworter*innen der Sterbehilfe versuchen, den Suizidwunsch mit utilitaristischen Prinzipien zu rechtfertigen. Das erste Argument, das für ein moralisches Verbot der Sterbehilfe plädiert, begründet sich in der Menschenwürde und in der Autonomie. In diesem Zusammenhang wird im Zuge der Dammbruchargumentation die These über die vermuteten gesellschaftlichen Konsequenzen der Liberalisierung der Sterbehilfe sowie die soziokulturelle Verantwortung erläutert. Schließlich wird auf die Argumentation eingegangen, die sich auf religiöse Prinzipien stützt, womit auch die Argumente der Heiligkeit des Lebens und des Lebensschutzes eng in Verbindung stehen. Daran angeknüpft soll auch die moralische Relevanz des assistierten Suizids als ärztlichen Auftrag untersucht werden.

6.1 Utilitarismus

Das Grundprinzip des Utilitarismus, der Nutzen, leitet sich bereits aus der lateinischen Übersetzung des Begriffes als Nutzen respektive als Vorteil ab. Demnach ist nach utilitaristischem Ansatz die Maximierung des Nutzens für möglichst viele Menschen Ziel jeder Handlung. Das Gute und Richtige ist das, was den Menschen am meisten nützt. Als höchster Wert gilt nach dem Prinzip des Utilitarismus, dass die Bedürfnisse und Interessen, welche das menschliche Glück darstellen, erfüllt werden, wobei auf „eine minimale Unlust aller von der Handlung betroffenen Menschen“ abgezielt werden soll (Höffe, 1992, 10). Da es um die Folgen der Handlungen geht, wird der Utilitarismus der Verantwortungsethik zugeordnet und vom Konsequentialismus gesprochen (vgl. Höffe, 1992, 10).

Da utilitaristische Positionen, die sich für die Inanspruchnahme der Sterbehilfe aussprechen, immer wieder stark kritisiert werden, haben sich innerhalb derer unterschiedliche Strömungen herausgebildet. Innerhalb des Utilitarismus unterscheidet man einerseits

die 'klassische' Form des Utilitarismus, nach der moralisch richtig diejenige von mehreren möglichen Handlungen ist, die die Gesamtsumme des subjektiven Wohlbefindens über alle von der Handlung direkt oder indirekt Betroffenen maximiert. (Birnbacher 1990, 205)

Andererseits ist die moderne Form des „Präferenz-Utilitarismus“ zu differieren, die „die Maximierung der Gesamtsumme der Befriedigung der Präferenzen oder Interessen der von der Handlung direkt oder indirekt Betroffenen“ beschreibt (Birnbacher 1990, 205).

Auf die Debatte der Suizidbeihilfe übertragen, wird aus präferenz-utilitaristischer Sichtweise akzeptiert, wenn eine Person den Wunsch nach Sterbehilfe äußert. Auch Ansätze des klassischen Utilitarismus‘ rechtfertigen – wie diese des Präferenz-Utilitarismus, der hauptsächlich von Peter Singer geprägt wurde – die Inanspruchnahme der Sterbehilfe. Menschen haben viele Rechte, jedoch können sie von diesen auch absehen. Wird beispielsweise auf das Lebensrecht verzichtet, sollte diesem Entschluss ebenso von einem Arzt oder einer Ärztin beigestimmt werden. Auch der Respekt vor der Autonomie spricht insofern für die Zulassung von Sterbehilfe, als die autonome Entscheidung darüber von rational handelnden Menschen aufgrund der Akzeptanz der Selbstbestimmung dazu veranlassen soll, den Betroffenen zu helfen. Nach Singer gelten die Gründe für das Leben ebenso wie für das Sterben-Lassen, vorausgesetzt der Entschluss zum Suizid entspricht dem Wunsch der Person und dem Leiden kann ein Ende gesetzt werden (vgl. Hauskeller 1995, 305-307).

Um jeglicher Kritik, beispielsweise einem Missbrauch durch einen vorgetäuschten Sterbewunsch oder einer fehlerhaften Beurteilung des Suizidentschlusses entgegenzuwirken, verweist Singer auf die in den Niederlanden zu berücksichtigenden Sorgfaltskriterien. Diese umfassen, wie im Kapitel 3.3.1 erläutert, dass der Patient oder die Patientin mit einem andauernden sowie schmerzvollen Leiden die Entscheidung zur Euthanasie freiwillig und wohlüberlegt äußern muss. Ferner muss das Ansuchen begutachtet und die Sterbehilfe von ärztlichem Personal durchgeführt werden sowie in einem weiteren Schritt von einem neutralen Arzt oder einer neutralen Ärztin kontrolliert werden. Gegen den Einwand vieler Kritiker*innen, ärztliches Personal könne durch eine falsche Einschätzung, ad exemplum eine Diagnose über gering verbleibende Lebenszeit, das Leben einer Person verkürzen, wenn diese aufgrund dieses Befundes um Sterbehilfe bittet, rechtfertigt Singer seine Position damit, dass diese Fälle nur wenige Menschen betreffen würden. Diesen würden mehr Leidende gegenüberstehen, die ohne die Möglichkeit der Sterbehilfe größere Qualen hinnehmen müssten. Ferner soll die unnötige Erhaltung eines Lebens insofern unnützer für die Gesellschaft sein, als durch die Therapien Kosten und Belastungen sowohl für Angehörige als auch für die Gesellschaft anfallen würden. Singer zufolge hätten die Menschen den Vorzug, die ihren Qualen aufgrund äußerst großer

Schmerzen ein Ende setzen wollen, mit welcher Haltung er ein menschliches Leben gegen ein anderes aufwiegt (vgl. Hauskeller 1995, 307-314).

6.2 Autonomie und Menschenwürde

Das Autonomieprinzip stellt ein weiteres Argument dar, welches für die Suizidbeihilfe hervorgebracht und als Hauptgrund für ärztliches Personal genannt wird, Patienten und Patientinnen in ihrem Wunsch zu unterstützen.

In der Diskussion um den assistierten Suizid wird immer wieder die Frage in den Raum geworfen, ob dem Menschen im Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung Einschränkungen auferlegt werden, wenn Gesetze die Sterbehilfe verbieten. In der folgenden Argumentation wird der Überlegung nachgegangen, ob Menschen, insbesondere junge Erwachsene, über die Freiheit verfügen sollten, Entschlüsse hinsichtlich der Inanspruchnahme des assistierten Suizids, ergo über Entscheidungen des Lebens und des eigenen Todes, selbst zu treffen. Die individuelle Autonomie und die Selbstbestimmung werden sowohl als positive als auch als negative Argumente herangezogen, wobei jedoch auch die Tatsache eintreffen kann, dass ein als frei angesehener Entschluss tatsächlich nicht freien und autonomen Ursprungs ist, beispielsweise wenn der oder die Betroffene durch die Familie, durch den Freundeskreis oder durch andere beeinflusst wird (vgl. Mieth 2003, 314).

Die Begrifflichkeit der Menschenwürde ist in der Sterbehilfedebatte insofern eine antipodische, als diese sowohl in der Pro- als auch Kontraargumentation gebraucht wird, da das Prinzip der Menschenwürde mit den zwei Hauptargumenten, dem Lebensschutz und der Autonomie, eng in Verbindung stehen (vgl. Mieth 2003, 314). Wie bereits im Kapitel 2.2 und 2.3 erwähnt, wird Menschenwürde als „das Recht auf die Wahrung der Bedingungen, die ein Leben mit Selbstachtung ermöglichen [definiert.] [...] Anders formuliert spricht man von dem Recht auf ein menschenwürdiges Leben.“ (Dworkin 1994, 324)

Wallner (2008) bezeichnet die Menschenwürde nicht als eine menschliche Fähigkeit oder als eine Eigenschaft, die nicht erwerbar ist. Vielmehr ist es eine Folge aus der Autonomie des Menschen, die nicht aberkannt, sondern anerkannt werden kann und jedem Menschen zukommt (vgl. Wallner 2008, 24). Autonomie wird insofern als Hauptargument für die Sterbehilfe verwendet, als sich diese im Recht auf Selbstbestimmung begründet, was weiter ausgeführt bedeutet, über sich selbst, den Sterbeprozess und das Lebensende zu bestimmen sowie zu entscheiden, auf welche Art und Weise das Leben zu Ende geht (vgl. Wallner 2008, 651, 278).

Wie bereits einleitend beschrieben, wird dem Menschen durch neue technische und medizinische Möglichkeiten die Bestimmung respektive die Selbstbestimmung über den Tod

eingeräumt. Man kann den Zeitpunkt des Todes selbst bestimmen und auch, ob respektive unter welchen Voraussetzungen dieser menschlich sowie würdevoll ist (vgl. Mieth 2003, 303, 313). Insofern ist das Vorziehen von Suizidbeihilfe vor allem für die Personen von Bedeutung, denen es wichtig ist, den Zeitpunkt ihres Sterbens selbst bestimmen zu können (vgl. Birnbacher 2010, 130).

Die Argumentationen, in denen Befürworter*innen häufig mit dem „moralisch und rechtlich fundamentalen Grundsatz des ‚Selbstbestimmungsrechts‘ des Menschen“ für den assistierten Suizid plädieren, schlagen in die Kerbe utilitaristischer Ansätze, die insofern für den assistierten Suizid einstehen, als sie „Autonomie als Grundlage der Achtung des Patienteninteresses“ sehen (Oduncu 2005, 520). Der Arzt oder die Ärztin soll seine beziehungsweise ihre Handlungen so tätigen, dass sie im besten Interesse des oder der Betroffenen sind.

Aber die Frage ist, worin dieses Interesse besteht? Eine Ethik, die vornehmlich auf Wünsche, Interessen und Präferenzen des Patienten aufbaut, steht auf sehr unsicherem Boden. Wenn für den Arzt die Unverfügbarkeit fremden Lebens nicht mehr prinzipiell gelten und er sich im Wesentlichen nach den Interessen des Patienten richten soll, dann wird der Beliebigkeit jede Tür geöffnet. (Oduncu 2005, 520)

Oduncu (2005) fordert bestimmte Kriterien der Selbstbestimmtheit, da diese zum Schutz des oder der Betroffenen fungieren sollen, denn es ist für Patienten und Patientinnen nachteilig, seine oder ihre Interessen sowie Willensäußerungen unreflektiert zu übernehmen. Ein Suizidentschluss gilt dann als umfassend bestimmt, wenn dieser

- (1) von einem hinreichend urteilsfähigen Patienten
- (2) auf der Grundlage ausreichender Informationen
- (3) ohne Zwang gefällt wurde und
- (4) minimale Kriterien der Wohlüberlegtheit (im Sinne von Kohärenz) erfüllt. (Oduncu 2005, 520)

Auch Brade und Friedrich (2021) fordern eine Reform des österreichischen Gesetzes zur Suizidhilfe und plädieren insofern für Autonomie-sichernde Reglementierungen, als die Autonomie das Recht auf selbstbestimmte Suizidassistenz begrenzt und auch dessen Ursprung bildet (vgl. Brade und Friedrich 2021, 229). Per Gesetz definiert sind bis dato Wartefristen für die Suizidwilligen, die einen dauerhaften Sterbewunsch sichern sollen, ärztliche Aufklärungsgespräche sowie psychologische und psychiatrische Untersuchungen. Ferner sollen beratende und begutachtende Gespräche über den gesundheitlichen Zustand die Entscheidungsfähigkeit bestätigen. Ergänzend dazu fordern Brade und Friedrich (2021) vonseiten des Gesetzgebers auch Pflichten der Registrierung, der Dokumentation und der Meldung. An diesen Nexus schließt jedoch, dass das selbstbestimmte Recht auf assistierten Suizid insofern erschwerten Zugang erhält, als Maßnahmen besonders strenge Ausgestaltung

sowie Verdichtung erhalten und infolgedessen ein engerer Spielraum in der Bewilligung resultiert (vgl. Brade und Friedrich 2021, 229).

Die Bioethikkommission beruft sich in ihrer Stellungnahme aus dem Jahre 2015 in der Begründung des getroffenen Entschlusses am Lebensende auf die ethischen Referenzpunkte „Schutz des Lebens, Anspruch auf Selbstbestimmung, Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip sowie der Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit“ (Bioethikkommission 2015, 12). Der ethische Referenzpunkt, der sich auf das Recht auf Selbstbestimmung beruft, umfasst in Verbindung mit medizinischen Interventionen zwei Faktoren:

Jegliche medizinisch indizierte Handlung darf nur dann begonnen oder fortgesetzt werden, wenn der Betroffene zustimmt. Zugleich umfasst die Selbstbestimmung auch das Recht, Hilfsangebote abzulehnen, selbst wenn die Ablehnung aus Sicht der anderen wenig nachvollziehbar erscheint. (Bioethikkommission 2015, 13)

Jedoch soll betont werden, dass die Selbstbestimmung einer Person nur so gewahrt werden kann, indem eine intensive Auseinandersetzung mit dem Patienten- beziehungsweise dem Patientinnenwillen stattfindet, um Kenntnis darüber zu erlangen (vgl. Bioethikkommission 2015, 13).

Um auf Oduncus (2005) geforderte Kriterien zurückzugreifen, die die selbstbestimmte Entscheidung sichern sollen, soll gleichzeitig auf die Urteilsfähigkeit näher eingegangen werden, die Entscheidungs- und Einsichtsfähigkeit voraussetzt:

„Einsichtsfähigkeit“ meint die Fähigkeit, das Für und Wider einer Behandlung sinnvoll abzuwägen und die zu treffende Entscheidung an diesem Abwägungsvorgang zu orientieren. „Entscheidungsfähigkeit“ setzt Einsichtsfähigkeit voraus und meint die intellektuelle Fähigkeit und sittliche Reife des Einzelnen, die für jede Entscheidung notwendige Abwägung durchzuführen und die Konsequenzen der gefällten Entscheidung zu erfassen. (Oduncu 2005, 520)

Ruß (2002) stützt seine Kritik an der Sterbehilfe mit dem Ansatz des Arztes Johannes Bonelli, der infrage stellt, „dass ein Patient, der sich in einer derart verzweifelten Lage befindet, im Vollbesitz seiner souveränen Willensentscheidung ist“ (Ruß 2002, 14). Ruß (2002) zweifelt die vollständige Entscheidungs- sowie Urteilsfähigkeit in schwierigen Umständen insofern an, als

[g]erade die besonders schwierigen Umstände, in denen sich Patienten befinden, die nach aktiver Sterbehilfe verlangen, [...] es demnach unmöglich [macht,] ihr Verlangen ernst zu nehmen. Damit entfällt der Grund, ihm nachzukommen und aktive Sterbehilfe zu leisten. Eines sei nur nebenbei erwähnt: Man sucht bei den Kritikern vergeblich die Konsequenz, dass auch der unter gleich schwierigen Umständen von Patienten geäußerte Wille zum Weiterleben dann wohl nicht ernst genommen werden kann. (Ruß 2002, 14)

An diesen Nexus angeknüpft bedarf es der Thematisierung der Freiwilligkeit, die in der Sterbehilfedebatte von grundlegender Bedeutung ist und wiederum folgende Bedingungen verlangt:

Einerseits darf kein innerer oder äußerer Druck ausgeübt werden, andererseits müssen adäquate Handlungsalternativen vorhanden sein. Im speziellen Bezug auf einen Tötungswunsch können zahlreiche Umstände die Wohlüberlegtheit und die Urteilsfähigkeit ernsthaft einschränken: Zum einen kann das Wissen des Patienten über Möglichkeiten der Palliativmedizin und Sterbebegleitung lückenhaft oder verzerrt sein. Gesunde wie Kranke fürchten sich in Bezug auf das Lebensende vor Schmerzen, davor, den Angehörigen zur Last zu fallen, hohe Kosten zu verursachen oder die geistigen Fähigkeiten zu verlieren. Eine Beschränkung ihrer Wahlmöglichkeiten ergibt sich zum Beispiel durch eine mangelhafte Schmerztherapie, aber auch durch die Umstände des Sterbens im Krankenhaus, die oft geprägt sind durch Überlastung des Personals, mangelnde Kenntnisse über palliative Versorgung, kommunikative Hilflosigkeit und fehlende Räumlichkeiten. Solche Einschränkungen und eine unzureichende Linderung und Wahrnehmung von quälenden organischen (Schmerzen, Atemnot) und psychosozialen sowie spirituellen Beschwerden und Nöten (Depression, Angst, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, familiäre Belastung) sind die Hauptgründe dafür, daß Patienten nach Sterbehilfe verlangen. (Oduncu 2005, 520-521)

Auch der Medizinethiker Rien Janssens konstatiert nach Erfahrungen in der Nimwegener Universitätsklinik gehäufte Fälle, in denen Betroffene Sterbehilfe aus dem Grund vorziehen, da der Tod beim assistierten Suizid nach kürzerer Frist eintritt und möglicherweise langes Leiden verhindert. Zudem zeigt Janssens auf, dass Angehörige Symptome eines Burn-outs zeigen und nach Sterbehilfe drängen, wenn sterbende Nahestehende länger als drei Tage vor Todeseintritt stehen, ad exemplum im künstlichen Koma sind (vgl. Birnbacher 2010, 130).

Oduncu (2005) untermauert die Tatsache, dass Patienten und Patientinnen häufiger das Verlangen nach Sterbehilfe äußern, wenn es an der angemessenen Betreuung fehlt, exemplarisch an den über einen längeren Zeitraum am St. Joseph's Hospice in London stattfindenden ärztlichen Beobachtungen Richard Lamertons, nach denen sich bestätigt, dass Personen dann Suizidentscheidungen treffen, wenn sie nicht genug Betreuung erhalten (vgl. Oduncu 2005, 521).

Diese Feststellung lässt sich nach Prat (2014) damit erklären, dass sehr schwer kranke Menschen häufig den Mut verloren haben und mehr oder minder explizit äußern, keine Behandlungen mehr aufnehmen zu wollen beziehungsweise auch eine klare Bitte zu sterben äußern. Die ärztliche Praxis sowie Untersuchungen belegen, dass dieser Wunsch in den meisten Fällen nicht mit dem Willen des oder der Betroffenen kongruent ist. Prat (2014) ergänzt noch, dass viele Patienten und Patientinnen, wenn es ihnen gesundheitlich besser geht, erleichtert sind, dass das medizinische Personal ihre Äußerung nicht ernst genommen hat (vgl. Prat 2014, 247).

Hier zeigen sich zwei verschiedene Würdebegriffe: die unverlierbare Würde jedes Menschen, die Menschenwürde, und die Art und Weise, wie dieser entsprochen wird, ergo wie diese in der Praxis umgesetzt oder verletzt wird. In dieser Auseinandersetzung wird die Bewertung der Würde anhand der Lebensqualität und der äußerlichen Umstände deutlich, welcher Perspektive

Mieth (2003) diametral gegenübersteht. Nach seiner Position könne man die Würde nicht in Bewertungen zum Ausdruck bringen, weswegen diese nicht von der Lebensqualität abhängig gemacht werden kann (vgl. Mieth 2003, 314). Vielmehr plädiert er für eine artgerechte Sterbebegleitung, eine Palliativversorgung und Schmerztherapie, wodurch das Prinzip der Menschenwürde geachtet wird, ohne über die Betroffenen verfügen zu wollen (vgl. Mieth 2003, 323).

Daran angeknüpft soll das Recht auf Autonomie bei Kindern und Jugendlichen thematisiert werden, das eigentlich jedem Menschen jeden Alters und unabhängig von dessen Entwicklung und Bewusstseins hinsichtlich des Todes oder des aktuellen gesundheitlichen Zustandes zusteht. Zu beachten ist jedoch, dass Kinder, auch wenn sie über das Recht auf autonome Entscheidungen verfügen und dies als Prämissen anzusehen ist, in speziellen Fällen nicht dazu fähig sind, ihre Autonomie nutzen (vgl. Niethammer 2012, 52). Als Gründe sind folgende genannt:

Das Kind kann zu jung sein, die Situation kann zu schwierig sein, oder das Kind möchte sich seinen Eltern nicht widersetzen. Kinder wollen ihren Eltern immer treu bleiben. Und sie sind, wie auch Erwachsene, bereit, Verantwortung für sich selbst zu delegieren. (Niethammer 2012, 52)

Nach Bauer (2015) geht mit dem Recht über Selbstbestimmung bei Kindern und jungen Erwachsenen in der Entscheidungsfindung über den eigenen Tod eine Belastung einher, die in diesem Alter nicht zumutbar ist. Bauer (2015) sieht im Sterbeentschluss eher die Wünsche der Eltern mit dem unbewussten Ziel, die Qualen ihres Kindes und das Mitleiden des familiären Umfeldes zu beenden. Betroffene Kinder und Jugendliche spüren diese unausgesprochenen Gefühle und Gedanken jedoch und reagieren womöglich mit dem Sterbewunsch, dessen eigentliches Ziel nicht der Tod, sondern vielmehr der Abbau jener zwischenmenschlichen, emotionalen Spannungen ist, die in der nonverbalen Kommunikation wahrgenommen werden. Dadurch, dass Erziehungsberechtigte, Ärzte und Ärztinnen sowie Psychologen und Psychologinnen in den Vorgang der Entschlussfindung einwirken, kann schlussendlich nicht von einer autonomen Entscheidung des angeblich suizidwilligen jungen Menschen gesprochen werden (vgl. Bauer 2015, 54).

An die Argumentation, warum Selbsttötung nur in Ausnahmefällen respektive bei Kindern und Jugendlichen moralisch nicht erlaubt werden soll, knüpft Thiele (2010) mit der Thematisierung des Einflusses Dritter auf den Suizidentschluss an:

[I]n vielen Fällen der (versuchten) Selbsttötung [liegt] dieselbe gar nicht im wohlverstandenen Eigeninteresse des Betroffenen [...], sondern [ist] durch krankhafte Fehleinschätzungen verursacht [...] oder [entsteht] aus situationsabhängigen Affekten [...]. Darüber hinaus wird derjenige, der eine Selbsttötung in Erwägung zieht, in vielen Fällen durch moralische Verpflichtungen gegenüber seiner Familie und anderen in einer Weise gebunden sein, die eine

Selbsttötung moralisch zweifelhaft erscheinen lassen. So dürfte die (versuchte) Selbsttötung eines Jugendlichen aus enttäuschter Liebe nicht im wohlverstandenen Eigeninteresse des Jugendlichen liegen. (Thiele 2010, 14-15)

Anhand umfassender Suizidforschung mit dem Fokus auf Kinder und Jugendliche lässt sich beobachten, dass nur eine sehr geringe Anzahl Sterbenskranker Suizid verüben. Überwiegend begehen psychisch Erkrankte oder infolge traumatischer Lebenskrisen temporär an Depressionen Leidende Suizid, was auch bei Minderjährigen zu konstatieren ist (vgl. Bauer 2015, 54). Bauer (2015) untermauert die Entwicklung, dass der Wunsch nach Sterbehilfe eher bei psychisch Kranken entstehe, mit den Beobachtungen der Ursachen für Selbsttötungen. Diese umfassen nicht nur psychische Erkrankungen mit depressiven Symptomen und akute oder dauerhafte belastende Situationen, sondern vor allem auch soziale Aspekte, die als unerträglich empfunden werden. Der Sterbewunsch ist demnach Ergebnis eines komplexen Gefüges, in dem biologische, körperliche, personale sowie die Umwelt betreffende Faktoren und additive Aspekte wie Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit, finanzielle Probleme, Gefühle der Resignation, der Schuld, der Wertlosigkeit sowie des Wahns, Panikzustände und Krisen in der Familie oder im näheren Umfeld zusammenspielen (vgl. Bauer 2015, 52). Demgemäß treten Sterbewünsche überwiegend in Phasen biologischer und sozialer Missstände auf. Zu erwähnen ist auch, dass vor allem Menschen mit Migrationshintergrund, Mädchen, die sich in der Pubertät befinden und junge Frauen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität aufweisen (vgl. Bauer 2015, 53).

Bauer (2015) unterstreicht infolge dieser Beobachtungen, dass psychisch Kranke fachmännische Unterstützung und keinen erleichterten Zugang zur Sterbehilfe benötigen. Er setzt die in der gesellschaftlichen Diskussion vertretene These, dass der Sterbewunsch autonome Selbstbestimmung ausdrücke, den tatsächlichen Suizidforschungsergebnissen diametral gegenüber, welche aussagen, dass suizidale Äußerungen und Verhaltensweisen nicht mit einem unbedingten Sterbewillen gleichzusetzen sind, sondern vielmehr Ursprung deprimierender Impressionen sind, unter den aktuellen Bedingungen nicht mehr leben zu wollen (vgl. Bauer 2015, 53-54).

Im Widerspruch dazu steht die gesetzliche Reglementierung zur Sterbehilfe in den Niederlanden, in welchem Land sogenanntes „unerträgliches Leid“ als Kriterium für die Inanspruchnahme von Sterbehilfe gilt. Jedem oder jeder steht das Recht zu, Entscheidungen über sein oder ihr Leben zu treffen, welches auf „unerträgliches Leid“ bezogen wird, da niemandem auferlegt werden könne, dieses durchzustehen. In den Niederlanden und in Belgien beispielsweise sind Kriterien in Kraft, nach denen seelische und auch todesferne körperliche Zustände des Leidens für die Inanspruchnahme des Sterbewunsches gelten können. Im Jahre

2002 wurde in Belgien sogar gesetzlich erlassen, dass seelisches Leiden als hinreichende Bedingung für eine Tötung auf Verlangen gilt und damit die Option der Sterbehilfe für Menschen mit psychischen Qualen eröffnet. Spaemann (2015) steht insofern für diese gesetzliche Erweiterung ein, als er kritisiert, warum das Recht auf selbstbestimmtes Sterben auf terminale oder körperliche Zustände des Leidens reduziert sein sollte (vgl. Spaemann 2015, 179). Oduncu (2005), der aus medizinethischer Sicht Sterbehilfe zurückweist, fokussiert in seiner Analyse der Pro- und Kontraargumente das Recht auf Autonomie (vgl. Oduncu 2005, 524). Um das Paradoxon, das das vermeintlich starke Argument der Selbstbestimmung aufwirft, aufzuzeigen, stellt er infrage, warum nur todkranke und leidende Menschen das Recht auf die Inanspruchnahme der Sterbehilfe zusteht. Das Autonomieprinzip fordert, dass jedem oder jeder das moralische sowie rechtliche Recht, die Kriterien über sein oder ihr Leben und Leiden selbstbestimmt bewerten zu können, zustehen sollte. Ad exemplum würden auch Lebenssituationen wie beispielsweise Arbeitslosigkeit oder Lebensüberdruss schlüssige Gründe für einen Sterbehilfewunsch darstellen (vgl. Oduncu 2005, 522). Die Argumentation der Selbstbestimmung erfährt insofern eine Einschränkung, als die Sterbehilfe nicht jedem Menschen erlaubt wird, auch wenn eine selbstbestimmte Entscheidung vorliegt, sondern nur einem bestimmten Personenkreis, bei dem zusätzlich zur Autonomie unerträgliche sowie unheilbare Qualen vorliegt (vgl. Oduncu 2005, 522).

Oduncu (2005) spricht in diesem Zusammenhang von einem Widerspruch des Autonomieprinzips, da nur zusätzliche Kriterien den Sterbewunsch eines Menschen rechtfertigen würden, wobei die Beurteilung dieser einzelnen Punkte diffizil ist, da die

subjektiven, den Patienten betreffenden („unerträgliches Leiden“), und von vermeintlich objektiven, vom Arzt zu beurteilenden Kriterien („aussichtsloser Zustand“, „keine andere angemessene Lösung“) vermischt werden. „Folglich kommt es in der Bilanz eben nicht auf die Selbstbestimmung als solche an, sondern auf die Rationalität des Todeswunsches. Wenn Ärzte, also Dritte, über diese Rationalität entscheiden dürfen, dann können Ärzte auch für jene Fälle, in denen der Todeskandidat zwar einwilligen könnte, dies aber nicht tut, oder nicht einwilligen kann, weil er nicht versteht, um was es geht, in stellvertretender Wahrnehmung über das „wohlverstandene Interesse“ des Patienten entscheiden [...]. Auch hier sind es die Ärzte, ist es also die Außenperspektive, die über Leben und Tod richtet. Zusammenfassend lässt sich festhalten, daß die vermeintlich unvermeidbare Heranziehung von Zusatzkriterien für die Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht bei der Gewährung von [Sterbehilfe] allein nicht ausreicht. (Oduncu 2005, 522)

6.3 Dammbuchargument und soziokulturelle Verantwortung

In der Diskussion um Sterbehilfe wird der Graben einer Doppelmoral insofern eröffnet, als einerseits Suizidprävention gefordert und andererseits die Gabe letaler Mittel für Suizidwillige legalisiert wird. Auf der einen Seite wird für Selbstbestimmung in der Entscheidung eines guten Sterbens plädiert, andererseits werden gleichsam strikte Reglementierungen erlassen, nach

denen der Suizidwunsch auch wirklich als autonomer Wille geltend gemacht werden kann, damit die Durchführung dessen offiziell und ordnungsgemäß eingestuft werden kann. Medizinisches Personal wird zur Linderung des Schmerzes verpflichtet und gleichzeitig von ihnen erwartet, ihr berufliches Ethos in den Hintergrund zu stellen und eine Rolle zu übernehmen, in denen sie andere in den Tod verhelfen. Einzelfälle werden durch Vorschriften geregelt, wobei parallel dazu übersehen wird, dass mit dem Recht eigentlich eine Schutzfunktion für die gesamte Gesellschaft einhergeht. Die Widersprüche zwischen ärztlichen Pflichten zur Beratung und Unterstützung, der Schaffung von Rechtssicherheit und der Ausführung des geltenden Rechts mit der Wahrung der Autonomie des Menschen zeigen sich beispielhaft an der aktuellen Sterbehilfedebatte. Damit gehen nicht nur bei medizinischem Personal, Betroffenen und Angehörigen Konflikte einher, sondern in der gesamten Gesellschaft (vgl. Kummer 2015, 21).

Auf diese gesellschaftliche Rolle, verbunden mit der soziokulturellen Verantwortung und den Folgen der Aufhebung des Verbots zum assistierten Suizid soll nun im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

Dammbruch- respektive Slippery-Slope-Argumente berufen sich auf die Überlegung, dass durch die rechtliche Zulassung bestimmter Handlungen negative Folgen entstehen können. Übertragen auf die ärztliche Suizidbeihilfe, die durch das gesetzliche Zulassen zum Normalfall werden könnte, auch, wenn diese in einzelnen Fällen moralisch vertretbar ist, kann die Konsequenz eintreten, dass die gesellschaftliche Überpräsenz dieser Thematik den Verlust dahingehender Hemmungen und Reflexionen bewirkt. Menschen können so unter Druck gesetzt werden und sich verpflichtet fühlen, ihr Leben zu beenden, um für die Gesellschaft keine Belastung zu werden. Die Auswirkungen des sozialen Drucks auf Betroffene können in weiterer Folge das Recht auf Selbstbestimmung gefährden, die Entscheidung zur Lebensbeendigung würde nicht mehr frei und selbstbestimmt getroffen werden (vgl. Rhiel 2015, 164-165). Vielmehr kann die Legalisierung der Sterbehilfe durch Ärzte und Ärztinnen die gesellschaftliche Akzeptanz und das Wahrnehmen der Option, Leid mit schnellen sowie aufwandslosen Mittel der Lebensbeendigung zu bekämpfen, befeuern (vgl. Ruß 2002, 13-14). Mit der Etablierung der Suizidbeihilfe soll auch nicht, wie so oft behauptet, der Handlungsspielraum der Betroffenen vergrößert und die Freiheit bestärkt werden – im Gegenteil: Die durch diese Möglichkeit geschaffenen subtilen Mechanismen können bewirken, dass das Leben des Suizidwilligen der Willkür des Umfeldes ausgeliefert ist. Die bloße Möglichkeit, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, kann Betroffene in eine Zwangssituation

manövrieren und zur Suizidentscheidung drängen, ohne dass diese es aus eigenem Antrieb wollen (vgl. Ruß 2002, 14).

Nach Kummer (2015) soll die durch den Erlass für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids und durch den damit einhergehenden kontinuierlichen Anstieg der Zahlen verursachte gesellschaftliche Akzeptanz in eine soziale Pflicht münden:

Kranke, schwache oder vulnerable Menschen fühlen sich in unserer dominierenden Leistungsgesellschaft ohnehin schon häufig als „Last“ für die anderen. Der Gedanke, dass sie das alles ja ihrer Umgebung jederzeit ersparen könnten – sie können sich ja frei entscheiden –, schwingt stillschweigend mit oder wird anhand ökonomischer Kosten-Nutzen-Rechnungen illustriert. Der Pflegebedürftige gerät unter einen Rechtfertigungsdruck, aber auch ein Gesundheitssystem, das sich Therapie oder Pflege noch leistet. Wer möchte unter solchen Umständen weiterleben? Aus dem Recht auf den „begleiteten Selbstmord“ wird so eine Pflicht zum „sozialverträglichen Frühableben“. (Kummer 2015, 33)

Oduncu (2005) spricht in diesem Zusammenhang von einem schleichenden Übergang von der durch die Sterbehilfe idealisierte „Freiheit zum Tode“ zu einer „Unfreiheit zum Leben“, der durch die Legalisierung des assistierten Suizids hervorgerufene „neue Tötungsmentalität“ und gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Praxis verursacht wird. Immer mehr Menschen, die trotz psychischer sowie körperlicher Qualen oder einer unheilbaren Erkrankung weiterleben wollen, sollen in einen Rechtfertigungzwang gelangen. Auch Oduncu (2005) konstatiert, dass das neue Gesetz zwar Ärzte und Ärztinnen schütze, nicht aber Patienten und Patientinnen. Er geht noch einen Schritt weiter, indem er das durch die Legalisierung der Sterbehilfe einhergehende moralische Paradoxon benennt: Die eine Triebfeder der Sterbehilfebewegung – die schwache Position der Patienten und Patientinnen gegenüber der Medizin, die zunehmend paternalistisch orientiert sei – soll weiter untergraben werden, während die starke Position der Medizin und der Ärzte sowie Ärztinnen, was den zweiten Antrieb der Sterbehilfebewegung darstellt, zunehmend gestärkt wird (vgl. Oduncu 2005, 523).

An diesen Konnex schließt Lewisch‘ (2021) Sicht auf den assistierten Suizid, den er als „staatlich approbierten Suizid“ respektive „staatlich approbierte Suizidhilfe“ infolge des daran gebundenen prozeduralen Systems der Prüfung der Genehmigung des Suizidwunsches, beispielsweise durch die Beratung zwei verschiedener Ärzte oder Ärztinnen, der Überprüfung eines Notars oder Notarin und der Einhaltung weiterer gesetzlicher Anforderungen der Gewährung bezeichnet. Nach Lewisch (2021) soll dieses System nicht für den Schutz des Lebens stehen, sondern diesen sogar torpedieren:

Der Staat reicht diesfalls mit seinen Institutionen und Verfahren die Hand für die Durchführung von Selbsttötungen und die diesbezügliche Hilfestellung von Dritten. Ein solches Regelsystem schwächt daher das Vertrauen in den Staat als Garant der elementaren Rechtsgüter Leib und Leben. (Lewisch 2021, 985)

Zum anderen soll dieses Regelsystem vermeintlich vermitteln, dass der Staat der Teilnahme einer Selbsttötung positiv gegenüberstehe. Die staatlich festgelegte Partizipation soll nach Lewis (2021) insofern in eine höhere Personenanzahl, die assistierten Suizid begehen, resultieren, als vorgeschrieben wird, dass Ärzte oder Ärztinnen die Bestätigung des validen Willens zur Selbsttötung dokumentieren, Notare oder Notarinnen die Beglaubigung sowie weiteres medizinisches Personal und Apotheker*innen die Gabe der letalen Mittel übernehmen.

Das alles bewirkt eine Diffundierung von Verantwortlichkeit und eine schleichende Korrumperung des Gesundheits- und des Rechtssystems, in der eine assistierte Selbsttötung "Teil der Normalität" wird, wenn so viele Ärzte und Juristen daran mitwirken. (Lewisch 2021, 985)

Die Korrelation der Selbstbestimmung mit der Eigenverantwortung und der gesamten Gesellschaft thematisiert auch Bedford-Strohm (2021) in seiner These über die besondere Rolle der Selbstbestimmung. In der Sterbehilfedebatte würden nicht nur Individuen für sich selbst Verantwortung übernehmen, sondern auch für andere. Durch selbstbestimmtes Handeln würden auch Wirkungen für andere verursacht, die stärker ausfallen, wenn Gesetze die Selbstbestimmung reglementieren und absichern würden. Diese rechtlichen Regeln würden nicht nur Standards in der Gesellschaft setzen, sondern nach und nach im privaten und öffentlichen Leben zunehmend Gesetzesqualität, Legitimität und Normalität bekommen. Dadurch soll das Wissen über die Kostbarkeit und Unvergleichbarkeit des Lebens verloren gehen, was für die Selbstachtung, für den Selbstwert und, weiter amplifiziert, für die Selbstbestimmung grundlegend ist. Dieses Leben bedürfe keiner Rechtfertigung, dürfe gleichsam durch niemanden beendet werden. Bedford-Strohm (2021) kritisiert, dass durch das Recht auf assistierten Suizid nur die Selbstbestimmung gewisser Menschen geschützt wird, während die anderer geschädigt wird (vgl. Bedford-Strohm 2021, 539).

In diesem Zusammenhang soll die sozialkulturelle Verantwortung in der Sterbehilfedebatte thematisiert werden. Entscheidungen bei Einzelfragen, die auf einen ethisch verantwortungsvollen Umgang mit dem Sterben ausgelegt sein sollen, nehmen auch immer Auswirkungen auf die sozialökologischen sowie gesellschaftlichen Werte und Normen. Was für Menschen als anständig und legitim angesehen wird, wird nicht nur von öffentlichen Debatten sowie von Aussagen von politisch und von gesellschaftlich angesehenen Persönlichkeiten beeinflusst, sondern vor allem auch von dem, was gesetzlich zugelassen ist oder nicht. Somit spielt in Entscheidungsfindungen eine große Rolle, ob eine bestimmte Möglichkeit im Vorhinein gesetzlich erlaubt ist und somit nicht mehr von persönlichen Entscheidungen abhängig ist. Mit der Aufhebung des Verbots zum assistierten Suizid geht nach Bedford-Strohm (2021) eine Veränderung der Sozialkultur einher, die es jedoch zu stärken gilt, da sie den Schutz des Lebens fokussiert (vgl. Bedford-Strohm 2021, 540).

Thiele (2010) zeigt die Problematik der Auswirkungen auf das Umfeld respektive der Gesellschaft auf, vor allem jener Fälle, in denen es für jemanden nicht mehr zumutbar ist, die Bedürfnisse von anderen Menschen zu berücksichtigen. Mit dem damit einhergehenden Abwägen der Bedürfnisse der einzelnen Personen ergibt sich die Frage, ob diese der sterbewilligen Person so schwer wiegen, dass diese anderer, wie auch die moralischen Pflichten Dritten gegenüber, weniger gewichtig sind. Die Gründe des Sterbewillens verorten sich oft darin, dass das Leben für Sterbewillige unter den aktuellen Bedingungen als nicht mehr lebenswert erscheint (vgl. Thiele 2010, 15).

Bedford-Strohm (2021) hinterfragt weiter ausgeführt, ob dezidierte moralische Regelungen auch wirklich Klarheit in der Orientierung schaffen und wirksam gegen Missbrauch und gegen nicht dauerhafte Sterbeentschlüsse sind (vgl. Bedford-Strohm 2021, 539). Er fordert Kontextsensibilität „bei der Berufung auf die Selbstbestimmung gegenüber schwer beeinträchtigten Menschen, die leben wollen, [...] aber auch für die Menschen, die unter diesen Bedingungen keine Kraft zum Leben mehr haben und [um Sterbehilfe] bitten.“ (Bedford-Strohm 2021, 539)

Um den Aspekt der Kontextsensibilität in den gesetzlichen Reglementierungen erfüllen zu können, soll in der Legislative Raum für „Gewissensentscheidungen“ geschaffen werden. Strafrichter*innen oder ärztliches Personal würden bereits jetzt in den Fällen, „in denen aus nachvollziehbaren und ethisch hochrespektablen Gewissensgründen gegen rechtliche Normen verstoßen worden ist“, mild urteilen beziehungsweise verantwortungsvoll mit diesem Spielraum umgehen (Bedford-Strohm 2021, 540).

6.4 Lebensschutz

Im Folgenden wird die Argumentation, aus der sich ein Verbot zur Sterbehilfe ableitet und die sich auf Prinzipien des Lebensschutzes beziehungsweise der Heiligkeit des Lebens beruft, dargelegt. Gegner*innen der Suizidbeihilfe verweisen auf den Schutz respektive die Bewahrung des menschlichen Lebens, in welcher Sicht das Leben als etwas Heiliges im Sinne als „etwas Unverfügbares [..., das] uns gegeben und [...] uns wieder genommen [wird]“, gesehen wird (Bedford-Strohm 2021, 538). Diese ethische Leitlinie orientiert sich an der Wertschätzung und am Dank für das Leben sowie an dessen Kostbarkeit. Die Kostbarkeit des Lebens ist wiederum in der Dankbarkeit begründet (vgl. Bedford-Strohm 2021, 538).

Lebensschutz und die Heiligkeit des Lebens sind zentrale Punkte in der Argumentation gegen die Sterbehilfe und stellen unbedingte ethische sowie grundlegende Prinzipien dar, welche die Legitimation des assistierten Suizids begrenzen. Einerseits würde eine volle Auslegung derer

zu einer totalen „Ausschöpfung medizinisch-technischer Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung rein biologischer Körperfunktionen“ führen, was in weiterer Folge eine eventuelle Verlängerung des Sterbens oder des Leidens nach sich ziehen würde (Bioethikkommission 2015, 12). Andererseits rückt die grundlegende Pflicht der Lebenserhaltung in den Vordergrund, die durch fortschrittliche medizinische Eingriffe protegiert wird, jedoch dann endet, wenn die Erhaltung des Lebens gleichsam eine nicht umkehrbare Sterbeprozessverlängerung bedeutet, ergo zu Belastungen sowie zu einem Leidensdruck bei Patienten oder Patientinnen führen kann (vgl. Bioethikkommission 2015, 12-13).

Die Argumentation, die sich auf den Lebensschutz stützt, ist in religiösen Vorstellungen ursprünglich. Behauptungen, insbesondere der christlichen Theologie entstammend, begründen sich in der These, „daß Gott das Leben gegeben habe und nur er allein es auch wieder nehmen dürfe“ (Thiele 2010, 14). Das Tötungsverbot wird mit der „Heiligkeit des Lebens“ („Sanctity of Life“), also nur mittels religiöser Argumente gerechtfertigt (vgl. Oduncu 2005, 520). Das Leben als Geschenk Gottes bedarf des Schutzes, wobei diese Haltung in der heutigen, weitgehend säkularisierten Gesellschaft schwer als Fundament für eine moralische Beurteilung der Suiziddebatte herangezogen werden kann. Nach Thiele (2010) kann das Verbot der Selbsttötung auf dessen Grundlage nicht solide begründet werden (vgl. Thiele 2010, 14). Befürworter*innen der Sterbehilfe werfen Gegner*innen vor, dass diese Vermittlung in der heutigen Zeit nicht mehr stichhaltig sei (vgl. Oduncu 2005, 520).

An diesen Nexus angeknüpft soll das Problem der Bewertung der Lebensqualität erläutert werden, denn nach dem Prinzip der Heiligkeit des Lebens sei das Leben des Menschen heilig und wertvoll, weswegen es nicht beendet werden dürfe. Doch warum dürfen Menschen nicht über die Beendigung ihres eigenen Lebens entscheiden?

Dass Töten moralisch nicht richtig und das Leben heilig sowie wertvoll ist, findet, wie bereits erwähnt, zum einen im Bereich der Religiosität Erklärung. Aufgrund der Sicht, dass Gott allein das Leben nehmen darf, da er es gegeben hat, wird es als heilig und der Suizid als anmaßend gegenüber dem Herrn, der über Leben und Tod entscheide, angesehen (vgl. Thiele 2010, 14). In diesem Duktus begründet sich der Wert des Lebens in der durch Gott gegebenen intrinsischen Würde, wonach das menschliche Leben weiter ausgeführt keine intrinsische Würde besitzt, sondern diese insofern erst durch Gott erhält, als er dem Leben der Menschen durch ihre Erschaffung Wert verleiht (vgl. Kuhse 1990, 94).

Zum anderen eröffnet Oduncu (2005) einen weiteren Zugang, der die Problematik der Bewertung des Lebens allein aus einer religiösen Begründung zu lösen vermag, anhand

evolutions- sowie soziobiologischer Erklärungen über das Grundverhalten von Menschen und Tieren: Das Verbot des Tötens nimmt seine Ursprünge in einer natürlichen Hemmung des Tötens, was sich „sehr früh in der Evolution innerhalb von geschlossenen [...], sozial lebenden Gruppen ansiedeln [lässt] und das Überleben dieser sozial lebenden Gruppen sicherte.“ (Oduncu 2005, 520) Die Entwicklung des Tötungsverbotes geht demnach von einem natürlichen Ursprung mit der Entwicklung eines natürlichen Ordnungsprinzips aus:

Demgegenüber hat die Religion, die erst viel später in evolutionäre Prozesse eingreifen konnte, das Tötungsverbot nicht neu erfunden, sondern mit dem Tötungsverbot – zur Festigung der schon vorhandenen, spontanen ethik-analogen Ordnung hat die Religion einen wichtigen Beitrag geleistet. Sie hat das, was bisher gefühlsmäßig funktionierte, durch die Gebote des Sollens und durch Verbote gefestigt und die Verhaltensregeln, die sich als ethikanaloge Ordnung in der Evolution herausgebildet hatten, auf Gott als ihren letzten Ursprung zurückgeführt. (Oduncu 2005, 520)

Auf die aktuelle Sterbehilfedebatte übertragen, konstatiert Oduncu (2005), dass intrinsische biologische Verhaltensweisen, wie eine natürliche Tötungshemmung, mit keiner Rechtfertigung von Sollensansprüchen, wie naturalistische Fehlschlüsse, einhergehen, dass aus dem Hinwegsetzen über das Tötungsverbot jedoch gravierender Dammbruch sowie Missbrauch resultiert. Diese Position untermauert Oduncu (2005) mit den steigenden Zahlen von Patienten und Patientinnen, die seit dem Erlass der aktiven Sterbehilfe in Holland ohne Zustimmung aktiv getötet werden (vgl. Oduncu 2005, 520).

Damit wird das Themenfeld aufgeworfen, wie sich eruieren lässt, ob respektive wann ein Leben als nicht mehr lebenswert angesehen wird. Die Diskussion, ob in der aktuellen Gesetzeslage zum assistierten Suizid in Österreich Kriterien bestehen, die die wohlüberlegte und selbstbestimmte Entscheidung gewährleisten, wird konträr geführt. Einerseits soll ein möglichst breiter Raum für den Entschluss der Person geschaffen werden, was in weiterer Folge bedeutet, dass immer nur der oder die Betroffene selbst entscheidet, ob und wann er beziehungsweise sie das Leben für nicht mehr lebenswert hält respektive es beenden möchte oder nicht. Führt man dies jedoch weiter aus, so würde die Gefahr einer Lebensbeendigung aufgrund von Liebeskummer respektive vorübergehenden Stimmungsschwankungen bestehen. Thiele (2010) schlägt für die Begrenzung dieser Entscheidungen die Forderung vor, „daß zwar nur der Betroffene eine Entscheidung über seinen Todeswunsch treffen darf, Dritte aber das moralische Recht haben, diese Entscheidung zu bezweifeln und gegebenenfalls nicht zu respektieren und die Selbsttötung abzuwenden.“ (Thiele 2010, 15-16)

Kummer (2015) stellt hinsichtlich des Rechts auf Selbstbestimmung in der Sterbehilfeentscheidung die Kritik in der gesetzlichen Ausführung auf, dass das mit Autonomie einhergehende Suizidrecht nicht nur auf schwer Erkrankte reduziert werden dürfe, sondern auch

bei Liebeskummer oder generellem Lebensüberdruss geltend gemacht werden müsste, wenn man es „ernst [...] mit dem Recht auf Selbstbestimmung“ meinte (vgl. Kummer 2015, 39). Die Kontrolle Dritter kann nach Thiele (2010) zumindest in diesen Fällen die Lösung sein, in denen ein*e junge*r Erwachsene*r den Sterbewunsch aufgrund von Liebeskummer äußert und hierbei Dritte darüber urteilen, ob dieser Zustand vorübergehend oder dauerhaft ist respektive ob die betroffene Person in diesem Umstand die Fähigkeit besitzt, den Schweregrad der Beeinträchtigung zu beurteilen (vgl. Thiele 2010, 16).

Die Argumentation des Lebensschutzes nach dem Prinzip der Heiligkeit des Lebens kann des Weiteren anhand ihrer Unterteilung in die beiden Grundsätze der Unverletzlichkeit und der gleichen Wertigkeit jedes menschlichen Lebens fortgeführt werden (vgl. Kuhse 1990, 81). Gegen das Prinzip der Unverletzlichkeit des Menschen stellt sich das intendierte Beenden des unschuldigen menschlichen Lebens, was sowohl die absichtliche Tötung als auch das vorsätzliche Sterbenlassen umfasst. Daran angeknüpft ist ein*e Patient*in im mit dem Arzt oder mit der Ärztin stehenden Verhältnis immer ein unschuldiges Lebewesen, auch übertragen auf das Tötungsverbot. Wie bereits ausgeführt, geht mit dem Prinzip der Heiligkeit des Lebens die Forderung des Lebensschutzes eines jeden Lebens einher, wobei in der Sterbeentscheidung die Qualität und die Beschaffenheit des Lebens unbeachtet bleiben sollen (vgl. Kuhse 1990, 81-83). Befürworter*innen des Prinzips der Heiligkeit des Lebens begründen das Tötungsverbot insofern unabhängig von einer Diskussion über Qualität und der Beschaffenheit des Lebens, als sie negieren, Entschlüsse über Lebensverlängerung oder -verkürzung aufgrund von Wertungen über die Qualität oder Beschaffenheit des Lebens zu fassen. Zudem lehnen sie ab, einen Menschen vorsätzlich zu töten oder sterben zu lassen (vgl. Kuhse 1990, 86). Daraus folgend soll die Lebensverlängerung immer im Fokus sein, auch in den Fällen, in denen der Tod für die Person besser oder auch gemäß dem Wunsch der oder des Betroffenen wäre (vgl. Kuhse 1990, 85). Überträgt man diese Postulate auf die medizinische Praxis, so sind Abbrüche oder auch Nicht-Wiederaufnahmen von Behandlungen nicht wünschenswert, selbst dann, wenn mit einer Verlängerung des Lebens eine Verlängerung des Leidens des Patienten oder der Patientin einhergehen würde (vgl. Kuhse 1990, 86).

Der Leitsatz, dass das direkte und aktive Beenden eines Lebens aufgrund des heiligen und wertvollen Status‘ moralisch falsch ist, wird in einem nächsten Schritt hinsichtlich dessen hinterfragt, warum das menschliche Leben als wertvoll angesehen wird. Eine mögliche Erläuterung könnte sein, dass das menschliche Leben eine besondere Art des Lebens ist, die zu schützen ist. Diese Position steht im Sinne des Speziesismus, nach welchem das Leben des Menschen gegenüber jenem anderer Arten besondere Behandlung bedarf und schützenswert ist.

Kuhse (1990) vertritt trotz dessen, dass menschliches Leben wertvoll und ein intrinsisches Gut sei, die Ansicht, dass eine Lebensbeendigung nicht immer absolut verboten sein kann (vgl. Kuhse 1990, 88-89).

Auch Oduncu (2007) spricht das Problem der Wertunterstellung an: Dem Leben des Menschen wird ein universeller Wert unterstellt, der durch nichts zu relativieren ist und daher immer geschützt werden muss. Aus dieser Annahme folgt, dass niemand über das Leben eines anderen Menschen oder über sein eigenes verfügen kann, doch dann würde Autonomie mittels des Prinzips der Heiligkeit des Lebens untergraben werden (vgl. Oduncu 2007, 132-133).

6.5 Ärztliches Ethos

Die Beihilfe zum Suizid ist insofern ungewollt zur neuen Aufgabe medizinischen Personals geworden, als das letale Mittel nur von Ärzten oder Ärztinnen verordnet werden kann. Damit gehen für ärztliches Personal neben dem medizinischen Fortschritt in der Lebensverlängerung und im Lebenserhalt sowie den gesellschaftlichen Umwälzungen weg von patriarchalem Verhalten in der Medizin neue Herausforderungen einher (vgl. Stadler 2018, 194).

Daran angeknüpft fordert Bedford-Strohm (2021) eine prioritäre Rolle der Ärzte und Ärztinnen im Schutzkonzept des assistierten Suizids, da die Aufgabe der Sterbehilfe im Widerspruch zum ärztlichen Ethos, Leben unter allen Bedingungen zu schützen und zu erhalten, steht (vgl. Bedford-Strohm 2021, 541). Die Bewahrung des menschlichen Lebens soll einen Auftrag ärztlichen Handelns darstellen, welche Position erstens nicht

angetastet werden [darf], zweitens muss den Ärzten ein Gewissensspielraum gelassen werden, der die Möglichkeit schafft, Kontextsensibilität und Lebensschutz auf der Basis einer jeder Situation angemessenen Gewissensentscheidung miteinander zu verbinden, und drittens müssen solche Gewissensentscheidungen im Einzelfall vor berufsrechtlichen oder gar strafrechtlichen Sanktionen geschützt bleiben. (Bedford-Strohm 2021, 541)

Eine weitere Problematik, die mit der Debatte der Legalisierung der Sterbehilfe erneut bestärkt wird, ist die subjektive Beurteilung der Lebensqualität des Patienten oder der Patientin durch Ärzte und Ärztinnen. Oduncu (2005) konstatiert durch das Bewerten nach eigenen Maßstäben, das eigenmächtige Vorgehen, die Betrachtung und Definition des Wohls sowie des Interesses der oder des Betroffenen aus der „Außenperspektive“ paternalistisches Handeln, verbunden mit dem Aufgeben der Autonomie (vgl. Oduncu 2005, 521). Fuchs (1991) geht einen Schritt weiter, indem er behauptet, dass

die eigentliche Gefahr [...] nicht etwa in völlig willkürlichen oder etwa bösartigen ärztlichen Handlungen [liegt], sondern in schlechender Entmachtung kranker oder sterbender Patienten, die zu Objekten der wohlmeinenden Interessenvertretung seitens der Ärzte und Angehörigen werden. (Fuchs 1997, 50-51)

Diesem Argument diametral gegenüber steht Birnbachers (2010) Position, in welcher er sich insofern auf das Selbstverständnis ärztlicher Pflichten beruft, als Ärzte oder Ärztinnen sowohl Heiler*innen als auch Helfer*innen sind, was er weiter mit der Vorrangstellung der Lebensqualität in bestimmten – aber nicht in allen – Situationen ausführt (vgl. Birnbacher 2010, 38).

Auch Brade und Friedrich (2021) thematisieren insofern die Ambivalenz der ärztlichen Rolle in der Diskussion um Sterbehilfe, als sie in den ärztlichen Verpflichtungen die Aufgaben sehen, Menschen Hilfe zu leisten, die Gesundheit zu erhalten, Erkrankungen zu heilen und menschlichen Qualen zu minimieren, nicht jedoch, Menschen in den Tod zu helfen (vgl. Brade und Friedrich 2021, 230). Die Debatte dieses Topos zeigt, dass die ärztliche Pflicht ambivalent diskutiert wird und sich in einem Spannungsfeld zwischen den Aufgaben, Menschen durch die Möglichkeit der Sterbehilfe zu helfen respektive zu entlasten oder das Leben von Patienten und Patientinnen zu schützen und zu erhalten, bewegt.

6.6 Fürsorge- und Nicht-Schadenprinzip

An den ethischen Referenzpunkten des Lebensschutzes und den ärztlichen Aufgabefeldern angeschlossen, sollen in einem weiteren Schritt das Solidaritäts- und das Fürsorgeprinzip erläutert werden, die wesentliche Bestandteile des ärztlichen Ethos darstellen.

Die Pflicht zur Fürsorge wird häufig als Kontraargument zum Autonomieprinzip verwendet und ist insofern eine moralische Aufgabe, als nach dem Fürsorgeprinzip zum Wohle anderer und zur Förderung Interessen anderer gehandelt wird. Die Pflicht zur Fürsorge hat jedoch keinen streng verpflichtenden Charakter, vielmehr wird Fürsorge sowohl als Hilfeleistung als auch nach dem Nicht-Schadensprinzip und der Schadensvermeidung geleistet. Im Gegensatz zum Fürsorgeprinzip, das aktives Handeln verlangt, um darauf abzuzielen, anderen Gutes zu tun, fordert das Nicht-Schadensprinzip das Unterlassen von Handlungen, die anderen Schaden zufügen (vgl. Hildt 2006, 158-159).

Im aktuellen Diskurs um Sterbehilfe wird auch in dieser Thematik die ambivalente Auslegung des Fürsorgeprinzips deutlich. Während Gegner*innen der Beihilfe, denen ad exemplum christliche Bewegungen, Ärzte- und Ärztinnenverbände, Vertreter*innen der Hospizvereine und Palliativmediziner*innen angehören, Fürsorge als Gegenpol zur Sterbehilfe sehen, legen Befürworter*innen das Fürsorgekonzept als Option der Leidensverkürzung aus. Sie sehen in der Lebensbeendigung die Verkürzung der Qualen und des Leidensweges, ergo die Verpflichtung zur Fürsorge (vgl. Hildt 2006, 117). In der Proargumentation assistierten Suizids beschreibt das Solidaritäts- und das Fürsorgeprinzip den besonderen Anspruch von im Sterben

liegenden oder unheilbar kranken Menschen auf gesellschaftliche Solidarität aufgrund der Hilflosigkeit und Verletzlichkeit mit dem zentralen Auftrag der Reduktion von Leid: Unheilbar Kranke und Sterbende sollen Schutz erhalten – in dem Sinne, dass dadurch ihre, ihnen als Person zustehenden Rechte gesichert werden, Autonomie und ein Sterben unter würdevollen Bedingungen ermöglicht werden (vgl. Bioethikkommission 2015, 13). Dadurch wird in den Antipoden deutlich, dass die Grenzen zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge verschwimmen, dass jedoch in beiden konträren Argumentationslinien die Gesundheit und das Wohl der Patienten und Patientinnen im Vordergrund stehen (vgl. Hildt 2006, 117).

7 Ethische Diskussion: Aspekte der Sterbehilfe bei Kindern und jungen Erwachsenen

Die in Folge der Sterbehilfedebatte different bewerteten Argumente für ein moralisches Verbot der Suizidbeihilfe sowie deren Gegenargumente sollen im vorliegenden Kapitel mit dem Fokus auf Kinder und junge Erwachsene abgewogen sowie die Entwicklungen der Zahlen der Personen analysiert werden, die Sterbehilfe in den Ländern Belgien und Niederlande in Anspruch nahmen. Die Entwicklungen in diesen Ländern sollen exemplarisch auf die Lage in Österreich untersucht werden. Vor dem Hintergrund des Abwägens der verschiedenen Argumentationslinien sowie der Analyse und der statistischen Auswertung der Zahlen derjenigen, die Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien in Anspruch genommen haben, soll der Versuch, eine Positionierung hinsichtlich der Legitimation der Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen einzunehmen, vorgenommen werden.

In weiterer Folge soll die gesetzliche Ausführung in Österreich in Anbetracht der möglichen Konsequenzen eines missbräuchlichen Gebrauches respektive eines erleichterten Zuganges für Kinder und junge Erwachsene kritisch analysiert werden. Für die Beantwortung der Forschungsfrage ist es notwendig, sowohl die gesetzlichen Ausführungen in den verschiedenen Ländern, die Fallzahlen der Personen, die in den Niederlanden und in Belgien Sterbehilfe in Anspruch genommen haben, die kindlichen und jugendlichen Motive nach einem Sterbehilfewunsch, deren Wahrnehmung des Sterbeprozesses und des Todes, als auch die differenten Argumentationslinien für oder gegen die Inanspruchnahme des assistierten Suizids in die ethische Diskussion einzubeziehen.

Die ethische Debatte zur Legitimation der Sterbehilfe bei Kindern und jungen Erwachsenen steht unter starker Kritik, zudem stellt die Legalisierung der Sterbehilfe bei diesen Personengruppen in Belgien respektive in den Niederlanden ein großes Tabuthema dar, was auch daran zu erkennen ist, dass in Belgien als einzigm Land in Europa Sterbehilfe

uneingeschränkten Alters zulässig ist. Die Tatsache, dass in Belgien im Jahre 2014 erstmalig ein Kind aktiv getötet wurde, gab Anlass zu umfassender Kritik zur Gesetzgebung zum assistierten Suizid dieses Landes. Die Argumentationen mit den Schwerpunkten auf dem Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung, das Prinzip des Utilitarismus und dem Fürsorgeprinzip werden als Positionen für den assistierten Suizid angeführt, während Argumente wie die des Dammbruches und des Prinzips des Lebensschutzes als Kontraargumente aufgelistet werden. Die Rolle des ärztlichen Ethos‘ wird thematisch in der Argumentation sowohl für als auch gegen die Suizidbeihilfe eingebracht.

Im Folgenden wird gegenübergestellt, ob die Kritik an Sterbehilfe in den verschiedenen Argumentationslinien bei jungen Erwachsenen gerechtfertigt ist und durch die Legalisierung derer ein leichtfertiger Gebrauch ermöglicht wird oder ob rechtssichere Instrumente vorliegen, die einen erleichterten Umgang respektive Missbrauch des assistierten Suizids verhindern.

7.1 Selbstbestimmung und äußere Aspekte der Beeinflussung

Wie im Kapitel 6.1.2 beschrieben, rekurrieren Befürworter*innen auf Suizidbeihilfe auf Grundlage des Selbstbestimmungsrechtes der Menschen. Zunächst steht die Beantwortung der Frage im Mittelpunkt dieses Kapitels, wie selbstbestimmt die Entscheidung zur Inanspruchnahme der Sterbehilfe sein kann, wenn Faktoren, wie die Vereinbarkeit der gesetzlichen Vorgaben, die Beeinflussung anderer oder die Unfreiheit einer autonomen Entscheidung, die durch die erschütternde Diagnose einer schweren und unheilbaren Krankheit verursacht werden kann, auf Betroffene einwirken. Beginnend mit dem Aspekt der Selbstbestimmung ist zu untersuchen, ob die Option des assistierten Suizids zur Autonomie oder zur Unfreiheit führt.

In der Argumentation für den assistierten Suizid berufen sich Autor*innen auf die Selbstbestimmung, dem Recht auf Sterben und auf die Fürsorge berufen. Wie im Kapitel 2.3 beschrieben, hat der Patient oder die Patientin aus dieser Perspektive das Recht auf einen selbstbestimmten Sterbeprozess – ein Verbot der Suizidbeihilfe würde

zu einer menschenunwürdigen Form der Selbsttötung veranlassen, wenn er sich kraft freien Entschlusses in einer Situation befindet, die für ihn ein selbstbestimmtes Leben in persönlicher Integrität und Identität und damit in Würde nicht mehr gewährleistet. (Brade und Friedrich 2021, 227)

Wie bereits erläutert, gilt für einen selbstbestimmten Sterbehilfeentschluss als Voraussetzung, dass die Entscheidung frei, aufgeklärt und informiert gebildet wird und dass der Patientenrespektive Patientinnenwille eindeutig geäußert wird (vgl. Brade und Friedrich 2021, 227).

Somit steht das Argument mit dem Fokus auf dem Recht auf Sterben in direkter Verbindung mit dem Autonomie- und dem Selbstbestimmungsprinzip.

Auch wenn das Recht auf Autonomie und die Definition sowie Anwendung der sogenannten Zusatzkriterien die Gewährung des assistierten Suizids legitimieren sollen, so rückt gleichsam die Tatsache in den Hintergrund, dass dem Autonomieprinzip der Menschen durch das Einhalten dieser bestimmter Zusatzkriterien Einschränkungen auferlegt werden. Nach diesen wird die Sterbehilfe nicht allen Sterbewilligen gewährt, sondern nur denen, die an unerträglichen Qualen und an einer unheilbaren Erkrankung leiden. Diese Diagnose ist von einem Arzt oder einer Ärztin zu stellen, was wiederum eine objektive Untersuchung hinsichtlich dessen fordert, ob dieses Kriterium erfüllt wird oder nicht, wodurch die Perspektive der Suizident*innen durch die objektive Einschätzung des ärztlichen Personals verdrängt wird. Gleichsam rückt die Subjektivität des oder der Betroffenen insofern in den Hintergrund, als der subjektive Sterbewunsch und das subjektive Empfinden der- oder desjenigen durch die Befolgung der Sorgfaltskriterien wenig Berücksichtigung finden, da der Suizidwunsch durch die Erfüllung der Zusatzkriterien gerechtfertigt und rationalisiert wird. Bezieht man sich auf die Freiheit des oder der Handelnden, sich jederzeit den Tod wünschen zu können, so steht diese Reduzierung auf bestimmte Leidenszustände im Widerspruch mit dem Selbstbestimmungsprinzip. Durch die intensive Beschäftigung mit der Erfüllung der Sorgfaltskriterien wird deutlich, dass der Fokus zu wenig auf der Unterstützung der sterbewilligen Person durch alternative Wege abseits der Lebensbeendigung liegt.

Die wie im Kapitel 3 näher ausgeführten, zu beachtenden Punkte, die in den Zusatzkriterien im österreichischen, niederländischen sowie belgischen Gesetz vorgeschrieben sind, legen fest, dass der oder die Betroffene in Österreich volljährig und entscheidungsfähig sein muss – Minderjährige somit ausgeschlossen sind –, dass die Person die zweifelsfreie Entscheidungsfähigkeit erfüllen muss, und das ebenso zum Zeitpunkt, an dem die Aufklärung (§ 7) und die Erstellung der Sterbeverfügung (§ 8) stattfindet sowie dass der Sterbeentschluss frei sowie selbstbestimmt, frei von physischem oder psychischem Zwang und Einfluss oder Täuschung durch Dritte gefasst werden muss. Außerdem muss die Person an einer unheilbar oder schweren sowie dauerhaften Krankheit leiden, die mit kontinuierlichen, gravierenden Beeinträchtigungen der Lebensführung einhergehen (vgl. Dokalik u. a. 2022, 161).

Anhand der vorgeschriebenen Kriterien im Sterbeverfügungsgesetz bleibt zu hinterfragen, ob die Entscheidung zur Lebensbeendigung als solche betrachtet werden kann. Vielmehr solle die Freiheit der Patienten und Patientinnen durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme des

assistierten Suizids aufgrund der Aufweichung der subjektiven Wünsche und Umstände infolge vorgeschriebener Punkte bestärkt werden. Diese Divergenzen, beispielsweise die Reduktion auf bestimmte Leidenszustände und der unbedingte Fokus auf die Ausführung der Sorgfaltskriterien, stehen im Widerspruch zum Selbstbestimmungsprinzip und führen zur Unfreiheit der Sterbewilligen.

Bezieht man sich auf die von Oduncu (2005) angeführte Argumentation, dass die Tötungshemmung in evolutions- und soziobiologische Ursprünge fußt, nach der wir im menschlichen Grundverhalten eine natürliche Hemmung des Tötens haben, wodurch das Überleben in sozialen Gruppenleben gesichert wird, wird die Schlussfolgerung, Menschen zu töten respektive Beihilfe zum Suizid zu leisten, nur weil sie es wünschen, infrage gestellt. Da sich diese Verhaltensregel der Tötungshemmung evolutisch gebildet hat und demnach eine wissenschaftlich vertretbare Grundposition ist zu verneinen, dass sich aus dem Wunsch zu sterben tatsächlich das Recht auf Assistenz beim Sterben ableitet.

Nicht unerwähnt bleibt nichtsdestotrotz die Tatsache, dass die in Österreich geltenden Kriterien und auch diese in den Niederlanden und in Belgien von eng ausgelegter und akkurat schriftlich ausgeführter Ausformulierung absehen, wodurch Räume für Interpretationen entstehen. Einerseits stellt dies einen positiven Aspekt dar, da dadurch subjektive Wünsche der Betroffenen dennoch in den ärztlichen Gesprächen, wie dem Aufklärungsgespräch, Berücksichtigung finden können. Andererseits können so Suizidentscheidungen, die nicht von Dauer und nicht ernst zu nehmen sind, jedoch in kontinuierlichen Abständen wiederkehren und für den Patienten oder die Patientin als unerträglich und als gravierende Einschränkung der Lebensführung wahrgenommen werden, nicht als solche erkannt werden, was jedoch durch die Schwierigkeit, zu einer objektiven Feststellung der Situation zu gelangen, einen Grenzfall bilden sollte.

An den Konnex der Beeinflussung der Sterbewilligen durch andere Personen führen Verantwortungsträger*innen des Deutschen Kinderhospizvereins in der Debatte über die Rolle Dritter auch die der Eltern ein: Betroffene Erziehungsberechtigte, deren Kinder an einer schweren Erkrankung leiden, würden oft unter hohem gesellschaftlichen Druck stehen und müssten sich häufig einer Rechtfertigung für das Leben ihres erkrankten Kindes stellen, wobei der endgültige Suizidentschluss von keinem anderen abgenommen werden könne (vgl. Pressemitteilung des DKHV 2016, 279). Oft müssen betroffene Eltern am Ende des Lebens ihres Kindes rechtfertigen, warum dieses noch lebt, und das Leben des Kindes verteidigen. Dies steht im Widerspruch zur gesetzlichen Regelung zum Suizidentschluss in Belgien und in den

Niederlanden, welche den Einbezug der Erziehungsberechtigten in die Entscheidung ihres Kindes vorschreibt (vgl. Pressemitteilung des DKHV 2016, 279).

Ein Widerspruch ist insofern festzustellen, als zwar die elterliche Zustimmung für die Entscheidung, das Leben eines schwer kranken Kindes zu beenden, gesetzlich als notwendig und ergo in einer Gesellschaft rechtlich als legitim angesehen werden kann, sich als betroffene Eltern jedoch für seine Entscheidung vor der Gesellschaft rechtfertigen muss. Dieser soziale Druck aufseiten der Eltern, sich für oder gegen die Lebensbeendigung eines schwer kranken Kindes zu entscheiden, legt die mangelnde gesellschaftliche Solidarität hinsichtlich des Umganges mit schwer Kranken offen. Diese Tatsache offenbart sich darin, dass sowohl die Entscheidung, Wege abseits einer Entscheidung für eine Lebensbedingung zu gehen als auch die, das Leiden des Betroffenen zu beenden, einer Rechtfertigung vor der Gesellschaft bedarf.

Auch wenn Kinder und Jugendliche die Einwilligung der Erziehungsberechtigten, des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin sowie eines Psychologen oder einer Psychologin benötigen, liegt die grundsätzliche Entscheidung beim Kind. Wie bereits immer wieder in der Arbeit Erwähnung findet, kann die Option des assistierten Suizids Ausdruck der persönlichen Freiheit und Unabhängigkeit der Menschen sein. Durch die Möglichkeit der Suizidbeihilfe sollen die menschliche Freiheit sowie das Recht des Menschen, über den eigenen Körper zu bestimmen, bekräftigt werden. Jedoch stellt sich die Frage, ob Kinder und Jugendliche bereits über die Fähigkeiten und das Bewusstsein der Reflexion über diese Thematik verfügen. Zudem bleibt zu hinterfragen, ob die Entscheidung mit dem Wissen- oder Nicht-Wissen über ihre schwere oder unheilbare Krankheit selbstbestimmt und frei getroffen werden kann.

In diesem Zusammenhang sollen die Erklärungsansätze, die die Legalisierung von Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen kritisch betrachten und den Aspekt der Wahrheit in den Fokus stellen, beleuchtet werden. Nach Niethammer (2012) ist es für Eltern unerträglich, das Leiden oder sogar Sterben ihres Kindes mitzuerleben, weswegen es immer wieder dazu kommt, dass sie ihren Kindern nicht immer die Wahrheit über die jeweilige Krankheit und die Diagnose unterbreiten, obwohl sie sich der Bedeutung der Situation und der Folgen vollkommen bewusst sind. Erziehungsberechtigte würden jedoch gleichsam glauben, dass Kinder und Jugendliche eine negative Reaktion auf die ganze Wahrheit zeigen würden, was ihre Angst, das Kind zu verlieren, impliziert (vgl. Niethammer 2012, 159).

Was vor diesem Hintergrund nicht unberücksichtigt bleiben darf, sind die unterschiedlichen Entwicklungen bezüglich der Auffassungsgabe und des Bewusstseins über den Sterbensprozess

und den Tod. Aus den im Kapitel 4 beschriebenen Phasen hinsichtlich des kindlichen sowie jugendlichen Verständnisses über den Tod und den Sterbeprozess wird ersichtlich, dass in den verschiedenen Stadien unterschiedlich reagiert und das Thema „Sterben“ different begriffen wird, der Tod und die Endgültigkeit ergo unterschiedlich aufgefasst werden. Dadurch kann ein Kind die Abwesenheit im Fall des Todes realisieren, aber nicht, dass dieser Zustand endgültig ist, welcher Auffassungsgrad auf das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit übertragbar ist. Dennoch geht damit laut Niethammer (2012) keine Rechtfertigung einher, dass man Kindern die Wahrheit über ihre Diagnose verheimlichen sollte (vgl. Niethammer 2012, 159-160). Die Informationsübermittlung über die Krankheit und ihre Behandlung sollte daher nicht nur durch Eltern, sondern auch durch ärztliches Personal umfassend erfolgen (vgl. Niethammer 2012, 164). Wie auch im Kapitel 4 über die Auffassungsfähigkeit des Todes und Sterbens geschrieben wurde, können Kinder noch nicht bewusst erfassen, was mit ihnen passiert.

Um über die Aussagekraft der Entwicklungsphasen urteilen zu können, muss auf die unterschiedlichen Konzepte des Bewusstseins von Tod und Sterben zurückgegriffen werden. Ad exemplum wird erst ab dem zehnten Lebensjahr realisiert, was der Tod und der Sterbeprozess bedeuten. Diese Überlegung ist insofern mit dem Blick auf die moralische Vertretbarkeit der Sterbehilfe auf junge Erwachsenen anwendbar, als das Bewusstsein über den Tod und das Sterben eines Jugendlichen dem eines Erwachsenen entspricht und vorausgesetzt werden kann, dass dahingehende Entschlüsse selbstbestimmt, frei von äußeren Einflüssen und dauerhaft getroffen werden können.

Auch wenn Schroth (2020) keine Gefahren einer leichtfertigen Sterbeentschlussfindung und, einen Schritt weiter ausgeführt, der Gewährung leichtfertiger sowie nicht von Dauer geprägter Suizidentscheidungen sieht, betont er die sich bereits zu entwickeln beginnende Fähigkeit zur Entscheidungsfindung bei Jugendlichen sowie den dringlichen Hilfearnspruch, der hinter einem Suizidwunsch stehe:

Die Behauptung, ein Achtzehnjähriger mit Liebeskummer, gemobbt und ohne Lehrstelle, könne sich nun einen Sterbehilfeverein suchen und – gedeckt durch das Urteil – Hilfe erhalten, ist grotesk falsch. In dieser Konstellation wäre bereits die Einsichtsfähigkeit fraglich. Es ist offenkundig, dass hier ein Hilfeschrei gegeben ist. Dieser vermag einen mangelfreien Suizidwillen nicht zu begründen. (Schroth 2020, 484)

Jedoch erklärt Schroth (2020) ferner, dass sich

bei Kindern und Jugendlichen [...] die Konzepte vom Tod, vom Sterben, der eigenen Sterblichkeit und der Endlichkeit erst langsam im Laufe der Jahre aus[bilden] und das auch unterschiedlich je nach Krankheit, nach dem Stadium, in dem man sich befindet, und anderer individueller Umstände. Auch wenn Jugendliche im Gegensatz von Kindern die Folgen des eigenen Sterbens und dem Sterbewunsch realisieren können, so sind die Entscheidungsfähigkeit und die Fähigkeit, dahingehende Entschlüsse selbstbestimmt und wohlüberlegt zu fassen, aufgrund der

außergewöhnlichen Umstände, in denen sich ein unheilbar kranker, mit großen Leiden befindlicher junger Mensch befindet, anzuzweifeln, was für das Auferlegen einer Altersgrenze in der Gesetzesverankerung des assistierten Suizids spricht. (Schroth 2020, 485)

In dieser Thematik sollen die unterschiedlichen Reaktionen nicht unerwähnt bleiben, die hinsichtlich differenter Krankheitsstadien zu verzeichnen sind: Unheilbar Kranke würden in der Aufklärung sowie der Entscheidung über das weitere Prozedere inkludiert werden wollen. Im Gegensatz dazu sollen Kinder, die sich in früheren Stadien, beispielsweise einer Krebserkrankung, befinden, mit dem Entschluss ihrer Eltern über das weitere Vorgehen zufrieden sein. Niethammer (2012) erklärt dies damit, dass Kinder in dieser frühen Phase in der Regel nicht die Erfahrung haben, die sie für solch eine Entscheidungsfindung brauchen. Zudem seien sie durch die negative Information über ihren Zustand überwältigt. Demgegenüber würden Kinder, die am Ende des Lebens stehen, die Situation offen mit ihren Eltern besprechen und ihrem bevorstehenden Tod anders gegenüberstehen (vgl. Niethammer 2012, 164-165).

Geht man einen Schritt weiter und untersucht man die Gesetzeslagen zum assistierten Suizid bei Kindern und Jugendlichen in Belgien und in den Niederlanden, so stoßen auch diese gesetzlichen Reglementierungen auf harte Kritik, da, wie in Abschnitt 4 beschrieben, das kindliche Verständnis über den Prozess sowie die rationale Entscheidungsfähigkeit noch nicht vollständig ausgebildet sind.

Dass das Mindestalter bei minderjährigen Suizidwilligen in den Niederlanden abgesenkt wurde, ist ebenso nach Gavela (2013) insofern problematisch, als diese noch nicht über die Einsichtsfähigkeit beziehungsweise Urteilsfähigkeit verfügen, die für Entscheidungen dieser Art sowie für das Verständnis um den Lebenswert und auch darüber, dass das Leben einmalig und unwiederbringlich ist, erforderlich sind. Nicht unberücksichtigt dürfen ferner die in der Pubertät gehäuft auftretenden Gefühlsschwankungen bleiben (vgl. Gavela 2013, 143).

Köck (2017) ergänzt noch, dass manche Kinder und Jugendliche auch nicht über die Fähigkeit verfügen, die Vorgänge abschätzen zu können, die die Krankheit, die jeweils diagnostiziert wird, in ihnen auslöst. Für sie ist es sowohl körperlich als auch psychisch qualvoll, an einer nicht heilbaren und sehr schmerzhaften Erkrankung zu leiden. Demnach ist es wesentlich zu berücksichtigen, was im Inneren der Kinder und jungen Erwachsenen vor sich geht (vgl. Köck 2017, 67).

Auch die von der schweizerischen Nationalen Ethikkommission veröffentlichten Empfehlungen zur Thematik Suizidbeihilfe bei Kindern und Jugendlichen schließen insofern an diesen Konnex an, als besonders diese Altersgruppen, die an einer schweren Erkrankung leiden und einen Sterbehilfewunsch hervorbringen, je nach Zustand „beeinflussbar und für die

Meinung von Drittpersonen empfänglich“ seien (Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2005, 72). Czerner (2001) argumentiert dahingehend,

dass ein 12-jähriges Kind noch nicht einmal über triviale Dinge entscheiden könne, so dass es absurd sei, ihm die Entscheidung über sein eigenes Leben oder seinen Tod aufzuerlegen. Auch Vertreter des belgischen Ärzteverbandes halten es für sehr fraglich, ob ein Kind in dieser Altersstufe überhaupt begreifen könne, was „tot sein“ bedeute, da ein Erwachsener mit gleichlautendem Krankheitsbefund über einen weit umfassenderen Erfahrungshorizont verfüge. (Czerner 2001, 354)

Da das kindliche und jugendliche Selbstverständnis sowie Selbstkonzept zudem noch nicht gefestigt sind, welche sowohl durch äußere als auch durch innere Belastungen und Konflikte erschüttert werden können, plädieren Vertreter*innen der Bioethikkommission für die sorgfältige Vergewisserung von Begleitpersonen darüber, ob die Patienten und Patientinnen über die richtige Einschätzung ihrer Situation und ihrer Diagnose verfügen. Ferner besteht bei sterbewilligen jungen Menschen die Möglichkeit, dass der Sterbewunsch in einer späteren Phase nicht mehr aufrecht ist. Infolgedessen spricht sich die schweizerische Nationale Ethikkommission dafür aus, dass Kindern und Jugendlichen nicht möglich sein soll, Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen zu können. Vielmehr soll auch bei unheilbar kranken Kindern und jungen Erwachsenen die Erhaltung des Lebens respektive die Lebenshilfe im Vordergrund stehen (vgl. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2005, 72).

Die Tatsache, dass sich die Auffassungsgabe über das Sterben und den Tod bei Kindern und jungen Erwachsenen erst im Laufe der Zeit entwickelt, stellt eindeutig einen Kritikpunkt in der Zulassung der Sterbehilfe jungen Alters im belgischen und niederländischen Gesetz dar. Nicht nur die Urteils- und Einsichtsfähigkeit, sondern auch die Fähigkeit der Einschätzung des Sterbeprozesses sowie des Todes sind noch nicht vollständig ausgebildet, weswegen ein für den assistierten Suizid zulässiges Alter von unter 18 Jahren kritisch zu betrachten ist. Für eine nachhaltige Umgehung der gesetzlichen Aufweichung in Österreich sowie für die Verhinderung missbräuchlicher Praxis sind präzise Definitionen weiterer Kriterien sowie auch die nähere Erläuterung der bereits bestehenden für die Gewährung der Suizidbeihilfe – zusätzlich zur Aufrechterhaltung einer Altersgrenze – umso wichtiger (vgl. Czerner 2001, 354).

7.2 Ärztliches Ethos und Prinzip des Lebensschutzes

An diesen Nexus geknüpft soll hinterfragt werden, inwiefern die Beihilfe zum Suizid als Bestandteil der ärztlichen Aufgabe zu sehen ist respektive inwiefern die Suizidbeihilfe und das ärztliche Ethos ethisch vereinbar sind. Da der Schwerpunkt in der Argumentation gegen Sterbehilfe auf den Lebensschutz gelegt wird, wie im Kapitel 6.1.4 als Teil der ärztlichen Aufgabe erläutert, soll nun der Fokus auf die Untersuchung der Vereinbarkeit der Suizidbeihilfe

mit dem ärztlichen Ethos unter Einbezug des Prinzips der Heiligkeit des Lebens und des Lebensschutzes gesetzt werden.

Wie im Kapitel 6.1.5 behandelt, so wurde die Sterbehilfe ungewollt zur neuen Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen. Bedford-Strohm (2021) sieht im medizinischen Personal eine prioritäre Rolle im Schutzkonzept des assistierten Suizids; die Sterbehilfe stehe im Widerspruch zum ärztlichen Ethos, das unter anderem umfasst, Lebensschutz und -erhaltung unter allen Bedingungen zu fokussieren. Nicht der assistierte Suizid, sondern die Bewahrung, der Schutz und die Heilung des menschlichen Lebens sollen nach Bedford-Strohm (2021) Aufträge ärztlichen Handelns darstellen (vgl. Bedford-Strohm 2021, 541).

Wie bereits beschrieben, entspringt die Argumentation gegen die Option der Inanspruchnahme der Sterbehilfe, die sich auf den Lebensschutz stützt, religiösen Vorstellungen. Nach theologischen Thesen dürfe Gott allein das Leben nehmen, da auch er es gegeben habe (vgl. Thiele 2010, 14). Diese Sicht gegen Suizidbehilfe, die umfasst, dass das Leben als Geschenk Gottes des Schutzes bedürfe, könne nach Thiele (2010) mittels religiöser Argumente nicht gerechtfertigt werden, da diese in der heutigen, weitgehend säkularisierten Gesellschaft nicht als Grundlage für eine moralische Bewertung in der Debatte um Sterbehilfe fungieren kann (vgl. Thiele 2010, 14). Nach der Analyse dieser Argumente sind nach Oduncu (2005) die von den Kritikern und Kritikerinnen vertretenen Haltungen ebenso aufgrund ihrer nicht mehr zeitgemäßen Anschauung nicht stichhaltig (vgl. Oduncu 2005, 520). Ursprünglich geht das Verbot des Tötens, wie in Kapitel 6.4 näher beschrieben, auf evolutions- und soziobiologische Erklärungen im menschlichen Grundverhalten zurück: Menschen besitzen eine natürliche Hemmung des Tötens, sie neigen von sich aus dazu, nicht zu töten, da das Leben in sozialen Gruppen das Überleben in deren sicherte. Durch religiöse Verbote und Gebote wurden diese Verhaltensregel, das Tötungsgebot, dass sich evolutionär gebildet hatte, gefestigt (vgl. Oduncu 2005, 520).

Zusammengefasst kann man hinsichtlich der diametral entgegengesetzten Auslegung der Selbstbestimmung und der Menschenwürde im Kontext der Sterbehilfe eine Polarität feststellen: In der Proargumentation wird die Begrifflichkeit mit dem Recht eines würdevollen Todes verwendet, während in der Kontraargumentation die Achtung der Würde des Menschen im Vordergrund steht, wodurch die Argumente des Lebensschutzes mit denen der Autonomie und der Lebensqualität, die durch die Sterbehilfe erhöht werde, Antipoden bilden (vgl. Hemerén 2005, 48-49).

Außerdem tritt die Position, dass das von Gott gegebene Leben nicht mit Vorsatz beendet werden dürfe, in Konflikt mit dem Prinzip der Autonomie. Das Prinzip der Heiligkeit des Lebens untergräbt infolge ihrer Haltung das Recht auf Selbstbestimmung, die Optionen auf einen würdevollen Tod und Sterbeprozess werden nicht vertreten. Die Berechtigung der Möglichkeit des assistierten Suizids ist nach dem Argument der Heiligkeit des Lebens nicht zu befürworten, da die Suizidbeihilfe nicht aus der Menschenwürde zu deduzieren ist.

Um die Betrachtungsweise weiter auf die Vereinbarkeit der Sterbehilfe mit dem ärztlichen Ethos zu legen, soll zudem eine weitere Problematik beziehungsweise Gefahr thematisiert werden, die mit der Möglichkeit der Sterbehilfe durch medizinisches Personal einhergehen: die subjektive Beurteilung der Lebensqualität des Patienten oder der Patientin durch Ärzte und Ärztinnen. Oduncu (2005) konstatiert durch das Bewerten nach eigenen Maßstäben, das eigenmächtige Vorgehen, die Betrachtung und Definition des Wohls sowie des Interesses der oder des Betroffenen aus der „Außenperspektive“ paternalistisches Handeln, verbunden mit dem Aufgeben der Autonomie (vgl. Oduncu 2005, 521).

Einen Schritt weiter geht Lewisch (2021), der die subjektiven Entscheidungen des ärztlichen Personals in gewissen Fällen von Vornherein als verzerrt ansieht und die Option des freien Willensentschlusses der Betroffenen durch die fehlende umfassende Betrachtung aller Motive und Gründe negiert (vgl. Lewisch 2021, 983). Richtet man den Blick nämlich mit dem Fokus auf Suizidbeihilfe am Lebensende auf solche, bei denen es von vornherein um eine „Abkürzung eines absehbaren Todes geht“, so wird im Vorfeld nur ein schmaler Ausschnitt betrachtet (Lewisch 2021, 983). Außerdem werden Depressionen als Suizidursache, die einen großen Teil der Suizide veranlassen, keine bedeutsame Rolle eingeräumt, was laut Lewisch (2021) eine weitere im Vorhinein induzierte Verzerrung der Diagnostik sowie der Beurteilung der Suizide impliziert. Begründungen legt er mithin dar, dass Depressionen „psychische Krankheitszustände“ seien, die häufig schwer erkennbar seien, die mit einer ausgeprägten Hilfsbedürftigkeit des Suizidenten oder der Suizidentin einhergehen und die die verhältnismäßig größte Suizidursache ausmachen (vgl. Lewisch 2021, 983).

Somit würden durch die Gefahr von möglichen Fehleinschätzungen oder vorschneller diagnostischer Zustimmungen verzerrte Gewährungen assistierten Suizids entstehen, was wiederum im Widerspruch zum ärztlichen Ethos – der beruflichen, ethischen sowie moralischen Rolle des ärztlichen Personals – steht. Weiters kann der in der Diagnostik weitgehend subjektive Anteil unzureichender Reflexion und die bereits im Vornherein möglich auftretenden diagnostischen Verzerrungen eine steigende Anzahl von Gewährungen der

Sterbehilfe verursachen. Auch in dieser Analyse dieser Argumentation kann Suizidbeihilfe nicht vollständig mit den ärztlichen und medizinethischen Grundsätzen infolge der Tatsache, dass die Medizin auf moralischen und ethischen Grundsätzen beruht, vereint werden. Dadurch, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Kriterien des Vorgehens dennoch einen großen Raum für subjektive Bewertung, eine Beurteilung nach eigenen Maßstäben, zulassen, was in weiterer Folge zu verzerrten und nicht validen Gewährungen assistierten Suizids führen kann, werden durch diese Rahmenbedingungen zu große Freiräume aufseiten des Fachpersonals geschaffen. Dadurch kann die eigentliche selbstbestimmte Intention des Menschen wiederum infrage gestellt werden. Nach dieser Betrachtungsweise kann die Sterbehilfe nicht mit der Selbstbestimmung des Menschen vereint werden. Aufgrund dieser bestehenden Spielräume, die weitere Gefahren mit sich ziehen können, kann die Sterbehilfe ferner mit den ärztlichen Grundsätzen nicht vollständig vereinbart werden. Um würdevolles Sterben in Selbstbestimmung zu ermöglichen und um fehlerhafte Befunde respektive Gewährungen auf Basis verzerrter Ausführungen zu vermeiden, sollen die Regelungen unter Einbezug der tatsächlichen Motive zum Suizid, vor allem das der Depressionen, die einen großen Teil der Suizidgründe darstellen, überarbeitet werden.

7.3 Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress

Da das ärztliche Ethos eng mit dem im Kapitel 6.1.6 erläuterten Fürsorgeprinzip steht, soll die Analyse der in Folge der Sterbehilfedebatte different bewerteten Argumente für respektive gegen ein moralisches Verbot der Sterbehilfe mit dem Fokus auf Kinder und junge Erwachsene fortgesetzt werden. Im Folgenden ist zu untersuchen, wie der assistierte Suizid nach den vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress, welche in den Grundzügen der Medizinethik fußt, ethisch bewertet werden kann.

Es stellt sich neben dieser Diskussion um die Vereinbarkeit des ärztlichen Ethos mit der neuen ärztlichen Aufgabe die Frage, inwiefern durch die neuen medizinischen Möglichkeiten ein verantwortungsvoller Umgang mit Entscheidungen über das Lebensende geschaffen werden kann und wo die Grenzen des ethisch Vertretbaren zwischen selbstbestimmtem Sterben und der Inanspruchnahme des assistierten Suizid liegen (vgl. Ernst 2020, 15).

Wie bereits in dieser Arbeit beschrieben, umfassen das Solidaritäts- und das Fürsorgeprinzip den Anspruch von Menschen, die im Sterben liegen, unheilbar krank sind oder an unerträglichen Schmerzen leiden, auf gesellschaftliche Solidarität, die sich in der Hilflosigkeit und Verletzlichkeit mit dem Fokus auf der Reduktion von Leid begründet. Unheilbar Kranke und Sterbende sollen Schutz und die Sicherung ihrer Rechte, die Ermöglichung der Autonomie

und des Sterbens unter würdevollen Bedingungen erhalten (vgl. Bioethikkommission 2015, 13). Obwohl zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge wechselseitige Verwiesenheit herrscht, stehen in beiden Antipoden immer die Gesundheit und das Wohl der Patienten und Patientinnen im Mittelpunkt (vgl. Hildt 2006, 117).

Auch die Nationale Ethikkommission (2005) zieht die Lebensqualität, die als utilitaristisches Hauptkriterium in der Entscheidungsfindung über Leben und Tod gilt, mit in die ethische Debatte ein. Aus dieser Argumentation resultiert die Position, dass ein*e Kranke*r seine oder ihre Existenz nicht hinnehmen muss, wodurch der Sterbewunsch zu respektieren ist, falls das Leben für Betroffene nicht mehr lebenswert erscheint (vgl. Nationale Ethikkommission 2005, 43-44).

Ein Arzt oder eine Ärztin hat die Verpflichtung, stets im Sinne der Erhaltung der Gesundheit und zum Wohle der Menschen zu handeln. Wird die medizinische Handlung zum Wohle des Patienten oder der Patientin gesetzt, so dient, wie bereits erwähnt, die Lebensqualität als Grutmesser für die Gewährung des assistierten Suizids. Ist das Leben eines jungen Menschen aufgrund ad exemplum kurzweiliger depressiver Perioden oder aufgrund eines Todeswunsches, der vorübergehend und nicht kontinuierlich ist, jedoch für das Fachpersonal genuin erscheint, aus persönlicher Sicht nicht mehr lebenswert, so können aus Einschätzungen, die prioritätär im Sinne der Lebensqualität getroffen werden, fehlerhafte Gewährungen von Suizidbeihilfen resultieren. Vor allem in Phasen jungen Alters treten nicht von Dauerhaftigkeit geprägte, psychisch bedingte Schwankungen gehäuft auf, die Gefahr laufen, einem fälschlicherweise dauerhaften Krankheitsbild zugeordnet zu werden, wodurch eine mögliche Inanspruchnahme assistierten Suizids ermöglicht wird. Nach dem Verständnis des Fürsorgeprinzips können ferner die Problematik der Verzerrung und die möglichen Fehleinschätzungen durch subjektive Bewertungen nicht umgangen werden. Auch das Topos des Fürsorgeprinzips ist von einem Spannungsfeld durchzogen, wobei die Felder der völligen Auslegung nach der Lebensqualität der Betroffenen und der Nichtbefolgung der subjektiven Wünsche derjenigen aufgrund einer vorübergehenden Phase – und das zugunsten ihres Wohles – zu Konflikten in der Gewährung assistieren Suizids führen können.

An diesen Nexus angeknüpft soll hinterfragt werden, inwiefern die Beihilfe zum Suizid als Bestandteil der ärztlichen Aufgabe und die Suizidbeihilfe in Auseinandersetzung mit den vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress ethisch vereinbar sind.

Zunächst sollen die vier Prinzipien, das Prinzip des Respekts vor Autonomie, das Prinzip des Nichtschadens, das Prinzip des Wohltuns und das Prinzip der Gerechtigkeit, kurz beschrieben

werden. Das Prinzip des Nichtschadens und das des Wohltuns gründen auf der biomedizinischen Tradition, das Autonomie- und Gerechtigkeitsprinzip auf dem allgemeinen Moralempfinden. Diese können bei moralischen Dilemmata und ethischen Problemfeldern, biomedizinischen und klinischen Bereichen betreffend, zur Anwendung gelangen. Beauchamp und Childress geben eine Rangordnung der Prinzipien bewusst nicht vor, da die Prinzipien je nach Einzelfall für eine Entscheidungsfindung abgewogen werden müssen (vgl. Marckmann 2000, o.S.).

Das Prinzip des Respekts vor Autonomie fokussiert die Selbstbestimmung der Patienten und Patientinnen und richtet sich gegen die Bevormundung durch ärztliches Personal: Jeder Person wird zugestanden, eigene Entscheidungen zu treffen und nach den eigenen Wertvorstellungen zu handeln. Diese Autonomie meint auch das Recht auf Förderung der Entscheidungsfreiheit und das Recht auf Freiheit von äußeren Einflüssen, Zwängen und Manipulation. Daher hat der Arzt oder die Ärztin sowohl die negative Verpflichtung, die Entscheidungen der Patienten und Patientinnen zu akzeptieren, als auch die positive Verpflichtung, die Entscheidungsfindung durch sorgfältige Aufklärung der Patienten und Patientinnen zu unterstützen (vgl. Marckmann 2000, o.S.).

Innerhalb des Prinzips ist das informierte Einverständnis der betroffenen Personen eine wichtige Forderung:

Jede diagnostische oder therapeutische Maßnahme muß durch die ausdrückliche Einwilligung des Patienten legitimiert werden. Ein informiertes Einverständnis liegt vor, wenn der Patient ausreichend aufgeklärt worden ist, die Aufklärung verstanden hat, freiwillig entscheidet, dabei entscheidungskompetent ist und schließlich seine Zustimmung gibt. (Marckmann 2000, o.S.)

Das Prinzip der Schadensvermeidung geht auf die ärztliche Verpflichtung des hippokratischen Eides zurück, die umfasst, dass dem Patienten oder der Patientin nicht zu schaden ist, womit nach Beauchamp und Childress konkret die Vermeidung physischer Schäden wie Schmerzen, Krankheiten oder die des Todes gemeint ist (vgl. Marckmann 2000, o.S.).

Bei einer unheilbaren Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium kann sich jedoch beispielsweise die Frage stellen, ob eine weitere Chemotherapie dem Patienten nicht eher schadet als nützt und damit unterlassen werden sollte. Gerade bei den zum Teil sehr eingreifenden Behandlungsverfahren der modernen Medizin (bspw. Chemotherapie oder Bestrahlung) gerät das Prinzip der Schadensvermeidung häufig in Konflikt mit dem dritten Prinzip. (Marckmann 2000, o.S.)

Dieses Prinzip der Fürsorge besagt die Förderung des Wohles des Patienten oder der Patientin, was im weiteren Sinne die ärztliche Verpflichtung über Behandlung von Krankheiten, deren präventive Vermeidung, die Linderung der Beschwerden und das Befördern des Wohlergehens umfasst. Während das Prinzip des Nichtschadens die Unterlassung schädigender Eingriffe

fordert, verpflichtet das Fürsorgeprinzip das medizinische Personal zu aktivem Handeln (vgl. Marckmann 2000, o.S.).

Beim Prinzip der Gerechtigkeit beziehen sich Beauchamp und Childress darauf, Gerechtigkeit im Gesundheitssystem zu gewährleisten und auf den allgemeinen Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung und die faire Verteilung von Gesundheitsleistungen (vgl. Marckmann 2000, o.S.).

Berücksichtigt man nun die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress, so lässt sich für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids folgendes feststellen: Der Wunsch nach Lebensbeendigung kann als autonom betrachten werden, sofern der Patient oder die Patientin hinreichend aufgeklärt wurde. Daher ist die Inanspruchnahme des assistierten Suizids im Sinne des Autonomieprinzips zu befürworten. Nach dem Prinzip der Schadensvermeidung wäre die Handlung jedoch abzulehnen, da mit dem Tod eines Menschen der größte Schaden einhergeht. Hinsichtlich des Prinzips der Fürsorge, das die Förderung des Wohles des Patienten oder der Patientin besagt, wird das Wohl der oder des Betroffenen durch die Erlösung der Leiden durch die Lebensbeendigung nicht befördert, sondern gleichzeitig der größte Schaden, der Verlust des menschlichen Lebens, erzielt. Das Gerechtigkeitsprinzip soll die Interessen von Individuen schützen und stärken: Die Erfüllung des Wunsches nach Lebensbeendigung entspricht einer Erfüllung der Bedürfnisse des Patienten oder der Patienten, demnach ist die Anwendung des assistierten Suizids nach diesem Prinzip zu befürworten.

Nach Anwendung der vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress anhand der Inanspruchnahme des assistierten Suizids, wonach mit dem Versterben eines Menschen durch den Wunsch nach Lebensbeendigung im medizinischen Bereich der größte Schaden einhergeht, ist aus der Sicht der Prinzipienethik eine Ablehnung des Wunsches nach Lebensbeendigung legitim. Dadurch kann die Beihilfe zum Suizid mit dem ärztlichen Ethos nicht vollständig vereint werden.

Auch Ernst (2020) widmet sich der Rolle ärztlichen Handelns in der Thematik der Beihilfe zum Suizid. Er stellt zentrale Argumente sowohl für eine Ablehnung als auch jene für eine Zulassung der Lebensbeendigung gegenüber: Die Position, die die Inanspruchnahme assistierten Suizids verneint, ist von der Sorge motiviert, das menschliche Leben gegen eine zu schnelle Verfügbarkeit nach individuellen sowie gesellschaftlichen Interessen zu schützen und die Unverfügbarkeit des Lebens in den Vordergrund zu stellen. Eine befürwortende Argumentation stellt die Autonomie und die selbstbestimmte Entscheidung von Menschen in den Fokus und ferner, diese vor dem Zwang zum Weiterleben gegen den Willen unter unerträglichen

Bedingungen zu schützen. Vereinend ist, dass in beiden Argumentationen auf die Gefährdung der Würde des Menschen verwiesen wird, die abzuwehren ist (vgl. Ernst 2020, 122). Um Entscheidungen im Bereich der Sterbehilfe zu treffen und abwägen zu können, wann respektive in welchen Situationen von Sterben, Krankheit und Leid die Grenze der Lebenserhaltung erreicht ist, betont Ernst (2020) den Fokus des Ziels ärztlichen Handelns. Dieses wird in der Lebenserhaltung gesehen und besteht aus der Schaffung und Erhaltung optimaler Bedingungen für den Betroffenen oder die Betroffene, welche medizinisch möglich sind (vgl. Ernst 2020, 131-132).

Wittwer, Schäfer u.a. (2020) nehmen hinsichtlich der Thematik der Beihilfe zum Suizid als Bestandteil der ärztlichen Aufgabe ebenso die Position der unvollständigen Vereinbarkeit des ärztlichen Ethos mit der Sterbehilfe ein: Der Verweis auf das Selbstbestimmungsrecht der Patienten und Patientinnen und die Konstatierung eines medizinischen Notstandes bilden zwei Gründe, die die Zulassung von Sterbehilfe rechtfertigen sollen (vgl. Wittwer, Schäfer u.a. 2020, 285). Wittwer, Schäfer u.a. (2020) entkräften die Berufung auf einen medizinischen Notstand jedoch insofern, als die Handlungspflichten nicht den medizinischen Sachverhalten entsprechen: einen Leidenszustand nicht anders zu behandeln als durch eine Lebensbeendigung und die beiden sich widersprechenden ärztlichen Handlungspflichten, das Verbot des Tötens versus die Pflicht der Leidlinderung (vgl. Wittwer, Schäfer u.a. 2020, 290).

„Mit den modernen Behandlungsformen der palliativen Medizin können Krankheitszustände der terminalen Phase fast immer einer Linderung zugeführt werden. In den wenigen verbleibenden Fällen hält die Palliativmedizin das Instrument der palliativen Sedierung bereit. Dabei werden bewusstseinstrübende Medikamente verabreicht mit dem Ziel, unerträgliches Leiden [...] zu lindern. Sie ist allein auf die Linderung von Beschwerden gerichtet und zielt nicht darauf ab, das Leben zu beenden.“ (Wittwer, Schäfer u.a. 2020, 290)

Was laut Wittwer, Schäfer u.a. (2020) zudem ärztlicher Ethik widerspricht, ist die Tatsache, dass das Urteil über das Vorliegen eines unerträglichen und unbehandelbaren Zustandes letztlich in die Hände des ärztlichen Personals gelegt wird (vgl. Wittwer, Schäfer u.a. 2020, 290).

7.4 Dammbuchargument und soziokulturelle Verantwortung

Das Fürsorgeprinzip stellt nicht nur einen Auftrag ärztlichen Handelns dar, sondern kann auch auf die Gesellschaft im Sinne einer soziokulturellen Verantwortung übertragen werden. Das folgende Kapitel beschäftigt sich sowohl mit der Vereinbarkeit der Sterbehilfe mit dem sozialen Ethos als auch mit den gesellschaftlichen Folgen, die durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme des assistierten Suizids entstehen können.

Wie im Kapitel 6.1.3 beschrieben, verortet Kummer (2015) Antinomien in der Sterbehilfedebatte, die sich zwischen der ärztlichen Verpflichtung zur Unterstützung, der Schaffung von Rechtssicherheit sowie der Ausführung der aktuellen gesetzlichen Lage unter Berücksichtigung des Rechts auf Selbstbestimmung und der Autonomie des Menschen aufspannen. Diese Widersprüche können mit negativen Folgen aufgrund der rechtlichen Zulassung des assistierten Suizids einhergehen, auf welche sich Dammbruch- respektive Slippery-Slope-Argumente berufen (vgl. Kummer 2015, 21).

Die Dammbruchargumentation begründet sich nach Kummer (2015) in der Überpräsenz dieser Thematik, wodurch die Inanspruchnahme der Sterbehilfe zum Normalfall sowie zum Verlust dahingehender Hemmungen und Reflexionen führen kann. Eine weitere negative Entwicklung bringt die Tatsache mit sich, dass erkrankte und schwache Menschen durch die durch die gesetzliche Legitimierung hervorgerufene gesellschaftliche Akzeptanz der Inanspruchnahme des assistierten Suizids unter Druck gesetzt werden können und sich der Lebensbeendigung verpflichtet fühlen, um für die Gesellschaft keine Belastung zu werden (vgl. Rhiel 2015, 164-165). Auch in dieser Argumentation wird das Recht auf Selbstbestimmung insofern gefährdet, als der Sterbeentschluss durch gesellschaftliche Normen und soziale Pflichten nicht mehr frei und selbstbestimmt getroffen würde. Es kommt nicht zur Bestärkung der Freiheit, sondern kann durch die bloße Möglichkeit in einen Drang zur Suizidentscheidung münden, auch wenn der Erlass nur eine Option der Inanspruchnahme der Sterbehilfe darstellt sowie Ausdruck der Selbstbestimmung, Freiwilligkeit und Freiheit ist. Kummer (2015) erklärt sich den fortlaufenden Anstieg der Zahlen mit der schleichenden Etablierung der Sterbehilfe als Normalfall, sie spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer Pflicht zur sozialverträglichen Lebensbeendigung (vgl. Kummer 2015, 33).

Wenn der assistierte Suizid als ärztliche Leistung offeriert wird und gesetzlich erlaubt ist, könnte dies für vulnerable und kranke Menschen, insbesondere für Kinder und junge Erwachsene, deren Auffassungsgabe über den Sterbeprozess und die Bedeutung des Todes sowie die Fähigkeit der vollständigen Willensbildung noch nicht zur Gänze ausgebildet sind, ein falsches Signal bedeuten. Der entstehende Druck zur vorschnellen sozialverträglichen Lebensbeendigung, für andere keine Belastung zu sein, könnte weiters in einen Rechtfertigungsdruck münden, wenn gegen den assistierten Suizid entschieden wird. Damit geht, wie Oduncu (2005) kritisiert, eine Unfreiheit zum Leben und keine Freiheit zur Entscheidung für den Tod einher (vgl. Oduncu 2005, 523). Er bezeichnet diese schleichende Akzeptanz der Gesellschaft sogar als eine durch den Erlass des assistierten Suizids hervorgerufene „neue Tötungsmentalität“ (Oduncu 2005, 523). Dieses Phänomen wird aber

nicht nur von der Gesellschaft gelenkt, sondern vor allem durch die gesetzliche Reglementierung infolge des daran gebundenen prozesshaften Systems der Prüfung für die Genehmigung des Suizidwunsches anhand bestimmter, zu befolgender Kriterien und der Überprüfung einiger Instanzen. Lewisch (2021) nennt dieses System in diesem Zusammenhang sogar als einen „staatlich approbierten Suizid“, der nicht für den Schutz des Lebens steht, sondern diesen sabotieren soll (vgl. Lewisch 2021, 985).

Die Möglichkeit des assistierten Suizids sollte genau genommen die persönliche Freiheit zum Ausdruck bringen, jedoch kann sie in vielen Fällen das Gegenteil bewirken: Die durch den gesellschaftlichen Wandel entstehende kulante Sicht auf die Sterbehilfe kann zur unbewussten Übermittlung des Gefühls, Belastung zu sein, und zu einer missbräuchlichen Auslegung der Möglichkeit der Inanspruchnahme der Sterbehilfe führen. Wie man anhand der Auseinandersetzung dieser Argumentationslinien erkennen kann, übernehmen Betroffene in der Sterbehilfedebatte nicht nur für sich selbst Verantwortung, sondern auch für das Umfeld – der neue Erlass zum assistierten Suizid übt enormen Einfluss auf die soziokulturelle Verantwortung aus. Denn selbstbestimmtes Handeln wirkt sich auf andere aus, was, wie Lewisch (2021) konstatiert, umso stärker ausfällt, wenn gesetzliche Regelungen die Autonomie absichern würden. So bekommt die Thematik sowohl im privaten als auch im öffentlichen Raum zunehmend Legitimität und Normalität, was die Wertschätzung und Kostbarkeit des Lebens untergräbt.

Das Dammbruchargument lässt sich insofern als Warnung und Gefahr einer gesetzlichen Ausweitung der Sterbehilfe auf junge Erwachsene übertragen, als mit der sich veränderten gesellschaftlichen Perspektive auf assistierten Suizid und der gesetzlich erlaubten Möglichkeit Menschen, insbesondere vulnerable und aufgrund ihrer Entwicklung leicht beeinflussbare, hingeführt werden, den Tod dem Leben vorzuziehen, um für andere keine Last sein. Nach dieser Argumentation, nach der die Option des assistierten Suizids sowohl zur ärztlichen als auch zur gesellschaftlichen Normalität wird, lässt sich ein veränderter Umgang der Gesellschaft mit dem Sterben und dem Tod verzeichnen, woraus sich schlussfolgern lässt, dass damit auch eine Veränderung der Beziehung zu vulnerablen, schwachen und sterbenden Menschen einhergeht. Es kommt zu einem Wandel der soziokulturellen Verantwortung, von der aus Negativfolgen hinsichtlich der Entscheidungsfindung resultieren.

Somit bringen nicht nur Entscheidungen hinsichtlich sozialökologischer sowie gesellschaftlicher Normen und Werte, die durch die Sterbehilfedebatte formiert werden, soziale Auswirkungen auf den Umgang mit der Suizidbeihilfe mit sich, sondern vor allem auch das,

was vom Vorhinein gesetzlich zugelassen ist oder nicht. Die Ambivalenz der gegenwärtigen Entwicklung, die durch die Aufhebung des Verbots zum assistierten Suizid ausgelöst wurde, zeigt sich demnach einerseits in der neu eröffneten Möglichkeit, über den Tod und den Sterbeprozess autonom zu entscheiden. Andererseits geht mit dem gesetzlichen Erlass eine Veränderung der Sozialkultur einher, die nach Bedford-Strohm (2021) insofern der Bestärkung bedarf, als sie den Lebensschutz fokussieren soll (vgl. Bedford-Strohm 2021, 540). Durch die gesetzliche Möglichkeit, assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen, wird ein Gewöhnungseffekt eingeleitet, der dazu verhilft, die Sterbehilfe als normale Lösung anzusehen und der die Gefahr des Dammbruches begründet.

Insofern steuert die Legitimierung bestimmter Praktiken die soziokulturelle Verantwortung und überdies auch den Umgang mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme der Sterbehilfe. Ob klare Regelungen verfälschte Entscheidungen, Missbrauch oder Gewährungen trotz nicht dauerhafter Sterbeentschlüsse verhindern, bezweifelt Bedford-Strohm (2021).

Die Folgen dieses falsch verstandenen Signals, dass Sterbehilfe als erleichterter Ausweg der Belastungen für andere gesehen wird, sollen nach Spaemann, Hohendorf u. a. (2015) bereits in den Niederlanden zu konstatieren sein. Die Entwicklungen in den Niederlanden zeigen, dass Sterbehilfe zum Normalfall generiert ist und bei Pflegebedürftigkeit und schwerer Erkrankung als ein gängiger Ausweg gesehen wird. Betroffene geraten insofern unter Rechtfertigungsdruck, als sie die Entscheidung gegen den assistierten Suizid treffen. Auch Spaemann, Hohendorf u. a. (2015) kritisieren den Wandel, der mit der Möglichkeit der selbstbestimmten Wahl des Todes aus der Freiheit die Unfreiheit zum Leben mit sich bringt (vgl. Spaemann, Hohendorf, u. a. 2016, 81-82).

Um gegen Missbrauch und die Akzeptanz nicht dauerhafter Sterbeentschlüsse als ausreichend für den assistierten Suizid vorgehen zu können, plädiert Bedford-Strohm (2021) für Kontextsensibilität – zum einen in den Fällen, in der die selbstbestimmte Entscheidung schwer beeinträchtigter Menschen, leben zu wollen, getroffen wird und zum anderen in den Fällen, in denen Menschen, die unter bestimmten Umständen keine Lebenskraft mehr aufbringen und um Sterbehilfe bitten. Um Kontextsensibilität in den gesetzlichen Vorgaben aufbringen zu können, soll in den Reglementierungen Raum für „Gewissensentscheidungen“ geschaffen werden (vgl. Bedford-Strohm 2021, 539). Auch in dieser Forderung wird die Bedeutung der präzisen, umfassenden Betrachtung des Einzelfalles und dessen Umstände fernab der ausschließlichen Befolgung objektiver Kriterien oder der einseitigen Berücksichtigung subjektiver Maßstäbe verdeutlicht.

Grosso modo hat die Gegenüberstellung der Argumente vor dem Hintergrund der negativen Folgen der gesellschaftlichen Akzeptanz der Sterbehilfe gezeigt, dass eine eindeutige Positionierung für oder gegen den assistierten Suizid einzunehmen schwierig ist. Einerseits kann die Option der Sterbehilfe schwer und unheilbar kranken Menschen Aussicht auf Erlösung von ihren Qualen mit sich bringen, ferner gewährt sie auch das Recht zur Selbstbestimmung in Situationen, in denen diese durch die eigene schlechte gesundheitliche Verfassung eingeschränkt ist. Andererseits kommt es durch äußere gesellschaftliche Einwirkungen zur Beschneidung der Autonomie: Die Entscheidung für oder gegen den Tod kann durch die vermeintlich von der Gesellschaft vermittelte Verpflichtung zur Lebensbeendigung in Fällen schwerer und unheilbarer Krankheit nicht mehr vollständig frei und selbstbestimmt getroffen werden. Beide Argumentationslinien haben ihre Berechtigung und müssen ethisch berücksichtigt werden, um zu einer moralisch vertretbaren Regelung zu kommen.

Die Nationale Ethikkommission (2005) rät als mögliche Handlungsempfehlung in einem ethischen Rahmen zur präzisen Auseinandersetzung und genuinen Betrachtung des Einzelfalles, damit beide Argumente Berücksichtigung finden. Weiters ist die akkurate Befolgung der Kriterien, wie die Überprüfung der Urteilsfähigkeit, das Vorliegen eines dauerhaften Leidens, einer tödlichen oder einer schwer beeinträchtigenden Erkrankung, die Einhaltung der Frist zwischen Beratung und Durchführung der Suizidbeihilfe, das Einholen einer Zweitmeinung, die Durchführung eines psychiatrischen Gutachtens, die tiefe und langjährige Vertrautheit zum Arzt oder zur Ärztin, psychologische Unterstützung, die Verpflichtung zur pharmakologischen Ausbildung und das Vorliegen einer Altersgrenze, für die Nachvollziehbarkeit der Einzelentscheidung prioritär (vgl. Nationale Ethikkommission, 2005, 48-49). Darüber hinaus sollen genauere Kontrollen der Praxis des assistierten Suizids sowie die Begrenzung auf eindeutige Fälle eines nicht mehr reversiblen Leidenzustands missbräuchliche Handlungen verhindern (vgl. Birnbacher 2010, 127).

7.5 Entwicklung der Gesetzeslage bei Kindern und Jugendlichen in den Niederlanden und in Belgien – Untersuchung der aktuellen Gesetzeslage in Österreich mit dem Versuch eines Übertrags

Trotz der Tatsache, dass in den Niederlanden und in Belgien kaum Sterbehilfetätigkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen sind, soll das Verdikt zur Selbstdtötung und die gesetzlichen Reglementierungen zum assistierten Suizid in Österreich kritisch untersucht werden. Aufgrund der aktuell kontrovers geführten Diskussion über die gesetzliche Erlaubnis der Suizidbeihilfe bei Kindern ohne Altersgrenze in Belgien und bei Minderjährigen ab zwölf Jahren in den

Niederlanden, wird ein möglicher Übertrag auf die Gesetzgebung in Österreich skizziert. Dieser ist insofern denkbar, als Tendenzen der Liberalisierung nicht nur infolge des aktuellen Erlasses eröffnet werden, sondern bereits gesellschaftlich an der sich changeden Soziokultur und auch an der bestärkten Rolle des Selbstbestimmungs- sowie Freiheitsdranges des Individuums selbst zu erkennen sind. Ebenso zeigt das steigende Verlangen nach Sterbehilfe aller Altersklassen in den Niederlanden und in Belgien, dass ein Übertrag dieser Entwicklung auch in Österreich realisierbar ist.

Es bestehen, wie im Kapitel 3 beschrieben, gewisse Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit Sterbehilfe in Anspruch genommen werden darf. Neben einer Sterbeverfügung, die der oder die Betroffene für die Gewährung assistierten Suizids erstellen muss, sind nach § 6 im Sterbeverfügungsgesetz folgende Voraussetzungen einzuhalten:

- (1) Die sterbewillige Person muss sowohl im Zeitpunkt der Aufklärung (§ 7) als auch im Zeitpunkt der Errichtung der Sterbeverfügung (§ 8) volljährig und entscheidungsfähig sein. Die Entscheidungsfähigkeit muss zweifelsfrei gegeben sein.
- (2) Der Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, muss frei und selbstbestimmt, insbesondere frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte gefasst werden.
- (3) Eine Sterbeverfügung kann nur eine Person errichten, die
 1. an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit (§ 120 Z 1 ASVG) oder
 2. an einer schweren, dauerhaften Krankheit (§ 120 Z 1 ASVG) mit anhaltenden dauerhaft beeinträchtigen; wobei die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringt.
- (4) Die Hilfe leistende Person darf nicht mit der Person ident sein, die die Aufklärung (§ 7) leistet oder die Sterbeverfügung dokumentiert (§ 8). (StVfG: BGBl. I Nr. 242/2021)

In der Prüfung des Sterbehilfeentschlusses ergeben sich durch die fehlende präzise und ausführliche Erläuterung der Kriterien Grauzonen. Es stellt sich unter der Voraussetzung, dass die Fähigkeit zur Entscheidung ohne Zweifel gegeben sein müsse, ferner die Frage, anhand welcher Parameter diese gemessen wird und ob deren Erfüllung anhand objektiver Vorgaben geprüft wird respektive ob die Zulässigkeit der Sterbehilfe an eine weitgehend subjektive Beurteilung durch den beurteilenden Arzt respektive die beurteilende Ärztin geknüpft ist. Interpretationsspielräume ergeben sich auch in der Überprüfung des zweiten Punktes, der vorschreibt, dass „[d]er Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, [...] frei und selbstbestimmt, insbesondere frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte gefasst werden [muss]“ (StVfG: BGBl. I Nr. 242/2021). Auch hier entstehen insofern Risiken, den möglichen Drang zum Sterbeentschluss durch äußere Umstände und nicht infolge einer autonomen Entscheidung zu

verdecken, als subjektive Beurteilungen des medizinischen Personals Fehleinschätzungen infolge mangelhaft ausgeführter oder fehlender objektiver, zu erfüllenden Kriterien begünstigen können.

Birnbacher (2010), der Interpretationsspielräume in den Formulierungen der Gesetzesentwürfe aus Deutschland zum assistierten Suizid zulasten der Patienten und Patientinnen konstatiert, geht noch einen Schritt weiter, indem er behauptet, dass „[v]iele dieser Deklarationen [...] den Eindruck [vermitteln], mehr oder weniger gezielt zweideutig formuliert zu sein“ (Birnbacher 2010, 121). Dieser Interpretationsspielraum in den gesetzlichen Richtlinien Österreichs kann durch diese Grauzonen einerseits vorteilhaft für Betroffene sein, die sich Erlösung ihres Leidens erhoffen und für die eine Gewährung aufgrund nicht vollständig erfüllter Kriterien kaum realisierbar ist. Ad exemplum seien hier Patienten und Patientinnen erwähnt, die sich aufgrund körperlich oder geistiger Behinderung oder schwerer psychischer Erkrankung nicht artikulieren können und der Äußerung eines Sterbeentschlusses nicht fähig sind. Diese Personen sind aufgrund der fehlenden Feststellbarkeit, welchen Wunsch sie haben, von der Möglichkeit der Inanspruchnahme des assistierten Suizids ausgeschlossen, da sie je nach Schweregrad der Krankheit nicht die vollständige Fähigkeit der Äußerung des Wunsches und die vollständige Entscheidungsfähigkeit haben. Andererseits können fehlerhafte Interpretationen eines unklar formulierten oder nicht dauerhaft geäußerten Sterbehilfeentschlusses, der durch alternative Hilfeangebote abzuwehren wäre, entstehen.

Untersucht man die vierte Ausführung in der österreichischen Legislative zum Sterbebefügungsgesetz, so sind hier ebenso unpräzise gefasste Kriterien, die sich auf die Definition der Gründe für den Sterbeentschluss beziehen, zu konstatieren. Als Voraussetzung gilt:

Eine Sterbebefügung kann nur eine Person errichten, die

1. an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit (§ 120 Z 1 ASVG) oder
2. an einer schweren, dauerhaften Krankheit (§ 120 Z 1 ASVG) mit anhaltenden Symptomen leidet, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen. (StVfG: BGBl. I Nr. 242/2021)

Eine Definition des Krankheitsbegriffes sowie eine Auflistung der darunter eingeordneten Erkrankungen fehlt, was wiederum Interpretationsspielräume, sowohl für das medizinische Personal und für die am Kontrollprozess beteiligten Personen als auch für die Betroffenen, sowie Möglichkeiten fehlerhafter Gewährungen eröffnet. In der österreichischen Gesetzeslage wird bei Zulässigkeit von Sterbehilfe zwar das Vorliegen einer nicht heilbaren, tödlichen, schweren oder dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen gefordert, jedoch ist bedenklich, dass die Begrifflichkeit der „Krankheit“ nicht näher definiert wird:

Krankheit im Sinne des § 120 Abs 1 Z 1 ASVG liegt immer dann vor, wenn äußere Krankheitserscheinungen in solcher Art auftreten, dass sie die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und die Anwendung von Heilmitteln erfordern, wobei unter Heilmitteln auch schmerzlindernde Mittel, wie aus § 136 Abs 1 lit b ASVG hervorgeht, verstanden werden müssen.“ (ASVG: BGBI. I Nr. 126/2017, § 120 Abs 1 Z 1)

Ferner wird eine nicht deutliche Erläuterung einer „Krankheit“ angeführt: „[D]as ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“. (ASVG: BGBI. I Nr. 126/2017, § 120 Abs 1 Z 1)

In diese Kerbe schlägt die Kritik Verantwortlicher der Bioethikkommission Österreich, die darauf hinweisen, dass im Erlass „einige rechtliche Fallstricke [enthalten sind], die zu viel Rechtsunsicherheit in diesem sensiblen Bereich bedeuten könnten. Vor diesem Hintergrund wird insbesondere auch angeregt, den Krankheitsbegriff direkt im Gesetz zu definieren“ (Druml, Stellungnahme der Bioethikkommission 2021). Die unpräzisen Formulierungen in den Gesetzesresten eröffnen das Risiko missbräuchlicher und fehlerhafter Gewährung von Fällen assistierten Suizids, welcher Thematik sich Lewis (2021) genauer widmet und die Tatsache kritisiert, dass ein nicht rechtens gebildeter Suizidwille häufig verkannt bleibt, vor allem bei Depressionen (vgl. Lewisch 2021, 986).

Infolge des nächsten Schrittes der Aufklärung wird nach § 7 gefordert, dass

[d]er Errichtung einer Sterbebefürzung [...] eine Aufklärung durch zwei ärztliche Personen voranzugehen [hat], von denen eine eine palliativmedizinische Qualifikation aufzuweisen hat, und die unabhängig voneinander bestätigen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und einen im Sinne des § 6 Abs. 2 freien und selbstbestimmten Entschluss geäußert hat. (StVfG: BGBI. I Nr. 242/2021)

Einerseits wird durch die Zusammenarbeit zweier unabhängiger Mediziner*innen ein höheres Maß an Sachlichkeit sowie Objektivität in der Beurteilung des jeweiligen Falles erzielt, jedoch würde durch eine enge Beziehung zwischen Patienten oder Patientin und Arzt oder Ärztin eine präzisere Einschätzung der jeweiligen Umstände erreicht werden, was durch die Vorgabe zweier Gespräche mit medizinischem Personal nur schwer realisierbar ist.

Die Nationale Ethikkommission fordert insofern eine tiefgründigere Beziehung zwischen Patienten oder Patientin und Arzt respektive Ärztin, als eine Beihilfe zum Suizid auf Basis von Routinen gesellschaftspolitisch und ethisch nicht zu rechtfertigen ist. Ein Sterbeentschluss ist mehr als nur ein Fall der Ausführung spezifischer Bedingungen und Kriterien. Er erfordert eine eingehende Kenntnis des oder der Betroffenen sowie seiner oder ihrer Situation, des persönlichen Hintergrundes des Sterbewunsches und dessen Konstanz, zumal gilt die Besprechung möglicher Alternativen als Voraussetzung. Dennoch sind bestimmte notwendige Kriterien unabdingbar, da diese festlegen, wann Suizidhilfe überhaupt in Betracht kommen

könnte (vgl. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2005, 492-493). Auch Birnbacher (2010) plädiert für eine vorgeschriebene intensivere Beratung, um Missbrauchsgefahren zumindest zu reduzieren. Diese soll vom Hausarzt respektive von der Hausärztin erfolgen, da nur er oder sie den Patienten oder die Patientin hinreichend kennt, eine zuverlässige Einschätzung geben kann und gleichsam erforderliche Sachkenntnis besitzt (vgl. Birnbacher 2010, 40). Birnbacher (2010) beruft sich darauf, dass sich die Suizidentscheidung auf eine Person und eine Situation im Sinne eines Einzelfallentschlusses bezieht und deswegen umfassende Abklärungen benötigt werden. Diese sind nur in einem tiefgründigeren, länger anhaltenden Kontakt und nicht auf Basis einer kurzen Beziehung mit einem einmaligen Kontakt zwischen ärztlichem Personal und dem Patienten oder der Patientin möglich. An diesen Konnex schließt die Forderung, die Entscheidung zur Suizidbeihilfe immer an die individuelle Person und an ihren Umstand zu orientieren. Es darf nicht ein bloß aus Reglementierungen deduktiver Entschluss sein (vgl. Birnbacher 2010, 132). Die Überprüfung der Urteilsfähigkeit des Patienten oder der Patientin sowie dessen, dass der Entschluss wohlüberlegt, ohne Druck Dritter geäußert und von Dauerhaftigkeit geprägt sein muss, soll nach Birnbacher (2010) einem Psychiater oder einer Psychiaterin respektive einem Arzt oder einer Ärztin mit psychiatrischer Erfahrung obliegen, denn nur diese*r sei der Beurteilung des Suizidwunsches fähig (vgl. Birnbacher 2010, 131-132). Birnbacher (2010) steht aber auch dafür ein, dass sich die Suizidbeihilfe leistenden Ärzte und Ärztinnen selbst von psychiatrisch erfahrenem Personal beraten lassen sollen (vgl. Birnbacher 2010, 132).

Ein weiterer Kritikpunkt der Gesetzesexte bezieht sich auf die Vorgabe eines lediglichen „Hinweis[es] auf konkrete Angebote für ein psychotherapeutisches Gespräch sowie für suizidpräventive Beratung“, zumal wird des Weiteren nur „auf allfällige weitere im konkreten Fall zielführende Beratungsangebote“ hingewiesen (StVfG: BGBI. I Nr. 242/2021). Eine verpflichtende Einführung beratender Gespräche könnte Suizidwünsche psychischen Hintergrunds abwenden.

Die überdies unter § 7 aufgelistete Verordnung vermittelt den Eindruck einer nicht prioritär angesehenen Beratung und einer unpräzisen Kontrolle, was wiederum Interpretationsspielräume und ferner Fehleinschätzungen eröffnet, welche Gefahren durch eine gesetzlich vorgeschriebene beratende Unterstützung durch Fachpersonal zumindest vermindert würden. Die Vorgabe nach § 7 lautet wie folgt:

Wenn sich im Rahmen der ärztlichen Aufklärung ein Hinweis darauf ergibt, dass bei der sterbewilligen Person eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, deren Folge der Wunsch zur Beendigung ihres Lebens sein könnte, ist vor der Bestätigung nach Abs. 1 eine Abklärung dieser Störung einschließlich einer Beratung durch eine Fachärztin bzw. einen

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder eine klinische Psychologin bzw. einen klinischen Psychologen zu veranlassen. (StVfG: BGBI. I Nr. 242/2021)

Auch wenn in der aktuellen Debatte noch keine Ausweitung der Sterbehilfe auf Kinder und Jugendliche thematisiert wird, soll vor dem Hintergrund der Entwicklung in den Niederlanden und in Belgien, in welchen Ländern ein allgemeiner Anstieg zu verzeichnen und die Inanspruchnahme assistierten Suizids bei Kindern und Jugendlichen erlaubt ist, ein warnendes Exempel hinsichtlich einer möglichen gesetzlichen Aufweichung statuiert werden.

Betrachtet man die Diskussion um Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien im zeitlichen Verlauf, so zeigt sich in den Jahren von 2018 bis 2021 sowohl in Belgien als auch in den Niederlanden, dass die Sterbehilfefälle stetig steigen. In Belgien ist vor allem in der Altersgruppe der Menschen ab 30 Jahren ein Anstieg der Suizidwilligen zu erkennen, was sich bis 89 Jahren kontinuierlich bis zu einer hohen Anzahl der Fälle steigert. In den Niederlanden kommt es insbesondere im Alter von 70 bis 80 Jahren zu einer Zunahme der Fälle, Dreiviertel dieser umfasst Menschen zwischen 60 und 90 Jahren. Fokussiert man in der Entwicklung der Sterbehilfefälle in den Niederlanden und in Belgien die der Kinder und Jugendlichen, so geht aus den Berichten hervor, dass nur ein geringer Anteil dieser Altersgruppe Suizidbeihilfe in Anspruch genommen hat. In der zeitlichen Rückschau nahm in Belgien im Jahr 2020 niemand unter 18 Jahren Sterbehilfe in Anspruch. Auch wie im vorangegangenen Jahr ist in Belgien eine Zunahme mit steigendem Alter zu konstatieren, welche Gruppe jedoch weniger Fälle umfasst: Fünf Patienten respektive Patientinnen sind im Alter von 18 bis 29 und 16 im Alter von 30 bis 39 Jahren dokumentiert (vgl. CFCEE - Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2021). Mit zwei Personen der Sterbewilligen unter 18 Jahren aus dem Jahr 2016 und mit einer Person im Jahr 2017 sowie ebenso im Jahr 2019 ist zu erkennen, dass die Anzahl der Sterbewilligen unter 18 Jahren sehr gering ist (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2020, 14).

Die Hauptgründe für Ansuchen um Euthanasie bleiben in der Reihenfolge analog zu der im Jahre 2019: Diese umfassen Krebserkrankungen, das gleichzeitige Leiden an mehreren Krankheiten (Polypathologien) ohne Aussicht auf Besserung, jedoch mit der zu erwartbaren Folge schwerer Behinderungen und/oder Organversagen, gefolgt von Erkrankungen, die das Nervensystem betreffen. Psychiatrische Erkrankungen stellen nur einen sehr geringen Anteil von 0,9 Prozent aller Sterbehilfegesuche dar (vgl. CFCEE - Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2021).

Sterbewillige mit psychischen Erkrankungen belaufen sich beispielsweise in den Niederlanden im Jahr 2020 mit 33 Fällen von 6289 Sterbehilfemeldungen ebenso auf eine geringe Anzahl

(vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 13). In Belgien ist eine ähnliche Tendenz zu erkennen: Psychiatrische Erkrankungen stellen im Jahr 2020 nur 0,9 Prozent aller Sterbehilfegesuche dar (vgl. CFCEE - Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2021). Die Hauptgründe psychiatrischer junger Erwachsener für die Inanspruchnahme der Sterbehilfe umfassen jahrelange unwirksame Behandlungen psychiatrischer Erkrankungen, wobei die Symptome und Schmerzen chronischen Ursprungs sind und hinsichtlich ihrer Dauer sowie Intensität differieren (vgl. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie 2020, 41).

Auch in den Niederlanden ist eine analoge Entwicklung zu konstatieren: Was die Sterbehilfefälle der Altersgruppe zwölf bis 17 Jahren im Jahr 2020 betrifft, ist ein minderjähriger Patient gemeldet, 23 Fälle sind in der darauffolgenden Altersgruppe mit einer Grenze von 30 Jahren dokumentiert (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 14-15). Die als häufigste Ursachen genannten Krankheiten umfassen ebenso wie in Belgien nicht (mehr) heilbaren Krebs, gefolgt von Erkrankungen des Nervensystems, ad exemplum Morbus Parkinson, MS oder ALS. Psychiatrische Erkrankungen sind in wenigen dieser Fälle zu verzeichnen (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 13). Beispielsweise sind in 16 der 72 Meldungen der Altersgruppe von 18 bis 40 Jahren psychiatrische Erkrankungen als Leidensursachen dokumentiert (vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe - RTE 2020, 14-15).

Wie bereits in den Kapiteln 3.2.3 und 3.3.4 beschrieben, umfassen die Gründe für einen Sterbeentschluss bei Kindern und jungen Erwachsenen vorwiegend Krebserkrankungen. Dennoch können auch in diesen Personenkreisen wesentliche Einflussfaktoren identifiziert werden: Die Tatsache erscheint alarmierend, dass der Wunsch der Eltern zur Lebensbeendigung ihrer Kinder diese enorm beeinflusst und die Sterbebitte hervorrufen kann. Ferner können auch die von der Gesellschaft tradierten Normen, Vulnerable und schwer beziehungsweise unheilbar Kranke würden sowohl soziale als auch finanzielle und ökonomische Belastungen darstellen, den Suizidentschluss befeuern. Die Macht der äußeren Einflussfaktoren ist in den Personengruppen der Kinder und jungen Erwachsenen insofern umso gravierender, als bei diesen sowohl kognitive als auch entwicklungspsychologische Fähigkeiten hinsichtlich der Wahrnehmung des Sterbeprozesses und der Folgen eines Suizidentschlusses sowie des Todes noch nicht vollständig ausgebildet sind. Betrachtet man zudem die Umstände und Motive der jungen Erwachsenen hinsichtlich des Wunsches nach Sterbehilfe, so sind diese größtenteils, wie im Kapitel 5 erläutert, der noch unvollständigen Entwicklung der Fähigkeiten zuzuordnen. Darüber hinaus sind diese im noch nicht ausgereiften kognitiven Entwicklungsprozess und in der

Persönlichkeitsentwicklung zu verorten. Daraus lässt sich schließen, dass die Befürchtung des enormen Einflusses äußerer Faktoren im Sterbehilfeentschluss bei Kindern und jungen Erwachsenen bestätigt werden kann, was die Förderung eines leichtfertigen Umganges nahelegt.

Trotz der in den Rapporten der Länder Niederlande und Belgien dokumentierte minimale Zahl der Sterbehilfetfälle bei Kindern und jungen Erwachsenen, ist ein kritischer und warnender Tenor in der Entwicklung des Umgangs mit Sterbehilfe wahrzunehmen. Die mögliche Ausweitung, assistierten Suizid bei Kindern und Jugendlichen auch in Österreich zu erlauben, stellt insofern eine unterschätzte Gefahr mit weitreichenden Folgen dar, als mit dieser legalen Form der Suizidassistenz eine schnelle Möglichkeit für Zuwendung und Menschlichkeit bis zum Ende des Lebens verwirkt wird, wie Verantwortungsträger*innen des Deutschen Kinderhospizvereins mit der Legalisierung der Suizidassistenz für Kinder und Jugendliche befürchten. Sie argumentieren, dass das Töten keine Option zum Leben sei und dass bei Kindern und Jugendlichen die Fähigkeit über die Einschätzung der Tragweite eines Sterbeentschlusses noch nicht vollständig entwickelt sei. Ferner sei das Leben von Kindern besonders schutzwürdig (vgl. Pressemitteilung des DKHV 2016, 279).

Diametral gegensätzlich zu diesen genannten Positionen, die umfassen, dass die Legalisierung assistierten Suizids bei Kindern respektive jungen Erwachsenen in den Ländern Niederlande und Belgien als warnendes Exempel für Österreich fungieren soll, nimmt diese Köcks (2017) ein. In dieser Argumentation wird der Faktor des unschuldigen, kleinen Wesens fokussiert, wie Kinder und Jugendliche in unserer Gesellschaft angesehen werden. Köck (2017) definiert diese Personengruppen als Wesen, die ernährt sowie erzogen werden müssen und des Schutzes bedürfen. Diese Haltung und Emotionen, die den Verstand trüben, veranlassen Menschen dazu, den Sterbewunsch von Kindern nicht zu akzeptieren. Gleichsam wird die Realität verdrängt, dass ein sterbendes Kind über dieselbe Schmerzempfindung wie ein Erwachsener verfügt und dass Behandlungen eines sterbenden Kindes ebenso kraftvolle Akte wie bei einem Erwachsenen darstellen. Zudem können Kinder genauso wie erwachsene Menschen neben körperliche auch psychische Qualen aufgrund der Tatsache, an einer unheilbaren und schmerhaften Krankheit zu leiden, haben. Die Beschränkung auf die Sicht auf Kinder als unschuldige, kleine Wesen verwehrt den Sterbewunsch des Kindes zu akzeptieren, das an einer unheilbaren Krankheit mit schweren Qualen körperlicher und psychischer Art leidet (vgl. Köck 2017, 67).

In einer weiteren Argumentation, die wie die vorhergehend erläuterte Perspektive für einen vorsichtigen Umgang mit der Vorstellung eines assistierten Suizids bei Kindern und Jugendlichen einsteht, wird der Widerspruch kritisiert,

dass man Jugendliche zwar als rechtlich nicht geeignet ansehe, wichtige wirtschaftliche Entscheidungen zu treffen, doch plötzlich sollten diese fähig sein, zu entscheiden, dass man sie sterben lässt. Kritische Ärzte schrieben in einem offenen Brief, es gebe keine objektive Methode, um die geforderte Entscheidungsfähigkeit der Minderjährigen festzustellen. (Bauer 2015, 53)

Die Gefahr zum Drang zur Sterbehilfeentscheidung durch äußere Beeinflussung und durch die noch nicht gefestigte Entscheidungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen stellen nicht nur Parameter dar, die einen leichtfertigen Umgang mit dem Sterben und dem assistierten Suizid fördern können, sondern leiten auch zu einem weiteren zu beachtenden Aspekt über: zur Gefahr vor Missbrauch in der Praxis, die trotz vordefinierter Kriterien, die im Prozess der Gewährung und der Ausführung des Sterbewunsches zu befolgen sind, besteht. Ärzte und Ärztinnen warnen infolge des allgemeinen Anstiegs der Sterbehilffälle und der Tatsache, dass vor allem kranke, vulnerable und alte Menschen zahlreicher Einflüsse ausgesetzt sind, die zur Suizidentscheidung verleiten, vor einem leichtfertigen Umgang dieser Möglichkeit. Auch durch Reformen der Rechtsprechung oder durch die „öffentliche Meinung“, wodurch sich Betroffene eher als Belastung sehen und geneigt sind, einen Sterbewunsch zu äußern, wird dieser Wandel gefördert.

Die besorgniserregende Entwicklung in den Niederlanden und in Belgien kann insofern auf diese in Österreich gelegt werden, als durch die Legalisierung Möglichkeiten des Missbrauchs ein „mögliche[s] Ausufern einer einmal etablierten Praxis“ fördern, die Hemmschwelle senken lässt und ethisch nicht zu rechtfertigende Handlungen begünstigt (Birnbacher 2010, 38-39).

Birnbacher (2010) untersucht die behauptete Gefahr,

dass eine ärztliche Beihilfe zum Suizid in anderen Fällen als denen eines unerträglichen und irreversiblen Leidens geleistet wird und dass eine Lockerung des Verbots den Einstieg in eine Praxis bedeuten könnte, in der Ärzte suizidale Patienten bei der Ausführung ihres Vorhabens in Fällen unterstützen, in denen eher Suizidprävention indiziert wäre. (Birnbacher 2010, 126)

Die Behauptungen werden einerseits darauf gestützt, dass vermehrt das Risiko der Druckausübung bei dem Patienten oder der Patientin bestehen könnte, assistierten Suizid wahrzunehmen. Andererseits wird die Argumentation in der Gefahr begründet,

das [sic!] eine Beihilfe zum Suizid in Fällen ausgeführt wird, die nicht den in den jeweiligen Richtlinien niedergelegten Kriterien genügen und in denen schwierig festzustellen ist, ob die jeweiligen Kriterien erfüllt sind. (Birnbacher 2010, 126)

Birnbacher (2010) verortet mit dieser gesetzlichen Lockerung zwangsläufig eine sinkende Schwelle gegenüber suizidalen Hilfeleistungen medizinischen Personals, die eng im Konnex

mit einem gewissen Missbrauchsrisiko steht, speziell mit dem „Risiko, dass eine Suizidbeihilfe auch in anderen als in anerkannten Sterbehilfesituationen bzw. anderen als von der jeweiligen Regelung angezielten Situationen geleistet wird“ (Birnbacher 2010, 127). Diese These exemplifiziert Birnbacher (2010) an dem möglichen Fall, dass Ärzte oder Ärztinnen „bei einer entsprechenden Erlaubnis versucht sein [können], Suizidbeihilfe auch etwa bei Lebensmüden ohne terminale Erkrankung oder bei neurotisch oder psychotisch bedingter Suizidalität zu leisten“ (Birnbacher 2010, 127). Ferner scheinen diese Risikoargumente „nur genau so weit plausibel, als [...] die möglicherweise dann noch verbleibenden Risiken einer missbräuchlichen Anwendung als so gravierend gelten müssen, dass sie den durch die Erlaubnis des ärztlich assistierten Suizids gestifteten Nutzen für sterbewillige Patienten überwiegen“ (Birnbacher 2010, 127). Kummer (2015) sieht in der gesetzlichen Reglementierung durch sogenannte Sorgfaltskriterien und zu befolgende Vorgaben ebenso mangelhaften Schutz und kritisiert die Gesetzeslage dahingehend, dass Vulnerable und seelisch Verzweifelte durch zwar bestehende, aber intransparente gesetzliche Reglementierungen, die vielmehr Grauzonen schaffen würden, nicht geschützt werden (vgl. Kummer 2015, 35). Kummer (2015) untermauert ihre Argumentation durch den Oregon-Effekt und veranschaulicht damit die Tendenz, dass sowohl der oder die Betroffene als auch medizinisches Personal mit der Etablierung der Sterbehilfemöglichkeit zur Abstumpfung gegenüber ethisch nicht zu rechtfertigenden Handlungen neigen.

In Oregon, wo Suizidbeihilfe erlaubt ist, zeigen die Zahlen der Patienten und Patientinnen, die sich mit ärztlicher Unterstützung das Leben nahmen, insofern ein beunruhigendes Ergebnis, als zwei von 1.000 Todesfällen auf assistierten Suizid zurückgehen. Nicht wie erwartet werden als Hauptgründe unerträgliche Schmerzen angegeben, sondern die Angst vor Autonomieverlust und damit die Sorge, für andere Belastungen zu sein, was bei 93 Prozent der Fälle als Motiv genannt wurde. Für 89 Prozent stellte die Unfähigkeit, Aktivitäten auszuführen, die Freude machen, ein Grund dar, gefolgt vom Würdeverlust, was für 73 Prozent ausschlaggebend war (vgl. Kummer 2015, 37).

Mit der Möglichkeit der Sterbehilfe verortet Kummer (2015) ein höheres Risiko des Verlustes menschlicher Leben, die nicht dem Idealbild entsprechen, welches wir vom Menschen haben – die Vorstellung, der Mensch solle sein Leben selbstbewusst und autonom bestimmen. Anhand des so bezeichneten „Paradoxons der guten Betreuung“, was sich in den Niederlanden zeigt, exemplifiziert Kummer (2015) die Auswirkungen dieses idealistischen Menschenbildes, verbunden mit der Option einer guten Betreuung in Form „einer menschenbedrohende[n] Praxis“ (Kummer 2015, 41). Entspricht jemand trotz Fürsorge nicht diesem Ideal, erscheint

dieses Leben als nicht lebenswert, welche Einstellung sich mit der Legalisierung des assistierten Suizids verbreitet und auch von vielen Ärzten und Ärztinnen „als Plädoyer für mehr Selbstbestimmung“ tradiert wird (Kummer 2015, 41). Daran zeigt sich, dass Gesetze eine Kultur und ein Klima schaffen, die missbräuchlich und ethisch nicht vertretbare Handlungen begünstigen (vgl. Kummer 2015, 41).

Infolge der aktuellen Sterbehilfedebatte ist ein breiter Tenor der Kritik an der Entwicklung des Umgangs der Sterbehilfe zu vernehmen, gemessen an den Entwicklungen in den Niederlanden und in Belgien, in welchen Ländern ein kontinuierlicher Anstieg der Sterbehilfetode zu verzeichnen ist. Diese Tendenzen in den Niederlanden und in Belgien münden in der Befürchtung, dass eine Ausweitung des Gesetzes auf Kinder und Jugendliche auf die Legislative in Österreich übertragen werden könnte. Mit der bisherigen Entwicklung der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien etabliert sich nach Spaemann (2015) insofern eine Kultur des Todes, als der*die Leidende mit der Möglichkeit des neuen Erlasses selbst beseitigt wird,

wenn einmal die bisher geltende Grenze des ärztlichen Auftrages dahingehend überschritten wird, dass nicht dem Leidenden so gut und so viel wie möglich geholfen [wird]. Studiert man die Entwicklung der Euthanasie am Beispiel der Niederlande, so fällt auf, dass die Freigabe der Euthanasie alleine auf dem Fürsorgeaspekt beruht und der Aspekt der Gefahrenabwehr so gut wie nicht vorzufinden ist. (Spaemann 2015, 182)

Um dem entgegenzuwirken, sollen enger gezogene Regeln aufgestellt und diesen durch zuständige Standesorganisationen sowie Staatsanwaltschaften konsequenter nachgegangen werden (vgl. Spaemann 2015, 182).

7.6 Rechtliche Reflexion über die Ambivalenz von Lebensschutz und Würdevorstellung

Legt man in der Debatte den Fokus auf die ethisch vertretbare Zulässigkeit der Sterbehilfe bei Kindern und jungen Erwachsenen, so konstatiert Czerner (2001) insofern einen noch komplizierteren und scheinbar nicht lösbar Konflikt, als es sich um die Gewährung der Sterbehilfe bei dieser Personengruppe handelt, denen

aufgrund kindlicher oder jugendlicher „Unreife“ von vornherein das Recht auf einen (wie auch immer erfolgenden oder herbeizuführenden) menschenwürdigen Tod abgesprochen [wird], oder [...] nicht ihr allgemeines Persönlichkeitsrecht im Hinblick auf die Universalität der Menschenwürde dazu [zwingt], in bestimmten Ausnahmefällen die Sterbehilfe auch ihnen gegenüber zuzulassen. (Czerner 2001, 355)

Diese Problematik wirft auf differenten Ebenen vier Fragen auf, die von Czerner (2001) anhand des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland (GG) aufgearbeitet werden. Diese Analyse kann insofern auf die Situation in Österreich übertragen werden, als das Grundgesetz

für die Bundesrepublik in Deutschland den österreichischen Grundrechten, gemäß des Bundes-Verfassungsgesetzes ab Artikel 1 sowie gemäß der zusätzlich geltenden Rechtsvorschrift für die Europäische Menschenrechtskonvention entspricht (vgl. Verfassungsgerichtshof Österreich 2012).

Auf vier aufeinander aufbauenden Ebenen werden vier Fragen, die die Beantwortung der Diskussion für oder gegen die Sterbehilfe fokussiert und sich im Speziellen auf die ethisch vertretbare Zulässigkeit des assistierten Suizids bei der Personengruppe der Kinder und jungen Erwachsenen bezieht, einem Versuch der Positionierung unterzogen, wobei die eindeutige Haltung der jeweiligen Fallkonstellation und vom jeweiligen situativen Kontext abhängig ist. Jede Ebene thematisiert eine andere Frage; die erste Ebene bezieht sich auf die grundrechtstheoretische Frage des Grundrechtsverzichts, die zweite Ebene auf die Frage des Grundrechtsverzichts innerhalb konkurrierender Grundrechte, die dritte Ebene auf die Frage der Grundrechtskollision und die vierte Ebene stellt die Frage der Grundrechtsmündigkeit in den Vordergrund (vgl. Czerner 2001, 355). Die Ebenen wurden im Rahmen einer Analyse des bundesdeutschen Verfassungsrechts vor dem Hintergrund des rechtlich geltenden Grundrechtskatalogs der Menschen und unter Einbezug gesellschaftspolitischer sowie ethischer Gesichtspunkte aufgestellt (vgl. Czerner 2001, 360). Czerner (2001) betont jedoch, dass mit dieser Analyse

die Frage abschließend [nicht] beantwortet [ist], ob die [...] Sterbehilfe allgemein oder speziell Kindern gegenüber generell erlaubt werden sollte. Diese grundsätzliche Fragestellung bedarf weiterer verfassungsrechtlicher Untersuchungen, die sich eng an einem modernen, im Laufe der Jahrzehnte gewandelten Grundrechtsverständnis zu orientieren haben. (Czerner 2001, 360)

Im Folgenden sollen die Ebenen beziehungsweise Fragestellungen näher erläutert werden. Die ersten beiden Ebenen beziehen sich generell auf die Gewährung der Sterbehilfe und die letzten beiden legen den Schwerpunkt auf Kinder und Jugendliche:

1. Ebene: Wie groß ist die Tragweite eines Grundrechtsverzichts (d. h. der Verzicht auf das Recht auf [Weiter-]Leben) im verfassungsrechtlichen Spannungsfeld zwischen (verzichtermöglichen) subjektiv-rechtlichen Abwehransprüchen einerseits und der (verzichtseinschränkenden) objektiven Wertordnung andererseits? (= grundrechtstheoretische Frage des Grundrechtsverzichts);

2. Ebene: Kann das Recht auf Leben i. S. des Art. 2 II 1 GG aufgrund der Grundrechtskonkurrenz mit der allgemeinen Handlungsfreiheit, dem Selbstbestimmungsrecht, dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 I i. V. mit Art. 1 I GG sowie der Menschenwürde gemäß Art. 1 I GG infolge dieser fünf, sich (zumindest partiell) überschneidenden Schutzbereiche überhaupt hinter die allgemeine Handlungsfreiheit oder hinter das allgemeine Persönlichkeitsrecht zurücktreten, oder überlagert das Lebensrecht als umfassenderes Recht das (insoweit subsidiäre) Selbstbestimmungsrecht? (= Frage des Grundrechtsverzichts innerhalb konkurrierender Grundrechte);

3. Ebene: Wie wirkt sich das elterliche Erziehungsrecht aus Art. 6 II 1 GG auf das Selbstbestimmungsrecht des Minderjährigen nach Art. 2 I i. V. mit Art. 1 I GG (und umgekehrt) aus? (= Frage der Grundrechtskollision);

4. Ebene: Können Kinder und Jugendliche einen derartigen Grundrechtsverzicht wirksam ausüben? (= Frage der Grundrechtsmündigkeit) (Czerner 2001, 355)

Czerner (2001) sieht in der Anerkennung eines Grundrechtsverzichts zum einen das Risiko, dass der im Grundgesetz festgelegte Grundsatz des Lebensschutzes durch die übermäßig an Bedeutung erhaltene Entfaltungsfreiheit aufgeweicht und eskamotiert werde – unabhängig davon, ob es die kindliche, jugendliche oder erwachsene Handlungsfreiheit betrifft. Es handelt sich um einen grundrechtlich geschützten Bereich, dem eine zunehmende Erosion droht (vgl. Czerner 2001, 355). Zum anderen bilden bestimmte Fälle schwerster, irreversibler Krankheit einen verfassungsrechtlichen Anspruch, der sich jedoch auch verdichten kann. Czerner (2001) argumentiert jedoch aus Art. 2 II 1 GG, dass „[j]eder [...] das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit [hat]. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“ (Czerner 2001, 355)

Ein Recht auf den eigenen Tod kann insofern nicht abgeleitet werden, als ein Analogieschluss hinsichtlich des zu schützenden Gutes „Leben“ nicht zulässig ist. Es handelt sich nämlich um zwei wesensverschiedene Sachverhalte: die reversible körperliche Integrität und der irreversible Lebensverlust. Ferner ist das Recht auf den eigenen Tod“ analog Art. 2 II 1, 1. Var. GG nicht vom Schutzbereich erfasst, was eine Schutzbereichsbestimmung durch einen Umkehrschluss nicht möglich macht (vgl. Czerner 2001, 355).

7.6.1 Erste Ebene: grundrechtstheoretische Frage des Grundrechtsverzichts

Um sich mit der Fragestellung auf erster Ebene auseinanderzusetzen, soll vorab vorweggenommen werden, dass aufgrund der Verbindlichkeit der Wertentscheidung des Grundrechtskatalogs nicht mehr völlig frei über die Grundrechte verfügt werden kann. Hinsichtlich des Lebensrechtes besteht eine staatliche Schutzpflicht, die umfasst,

sich schützend und fördernd vor dieses Grundrecht zu stellen und es insbesondere vor Angriffen von seiten anderer zu bewahren – dies gilt a maiore ad minus auch gegenüber Angriffen durch den Grundrechtsträger selbst. [...] Bezug auf die Sterbehilfe gegenüber Kindern bedeutet diese existentielle und unumkehrbare Entscheidung, dass [...] deren Dispositionsfreiheit durch die zweite Grundrechtsdimension der objektiv-rechtlichen Wertordnung eingeschränkt werden kann. (Czerner 2001, 356)

Der Handlungsfreiheit wird somit durch das im Grundgesetz festgelegte absolute Lebensrecht und durch die objektive Wertordnung, dem staatlichen Lebensschutz, Grenzen gesetzt. Nicht unbeachtet soll das Selbstbestimmungsrecht und die Rolle der Menschenwürde, welche Problemstellung auf Ebene 2 im Kapitel 7.6.2 analysiert wird, bleiben, wodurch einem Anspruch auf eine selbstbestimmte Sterbeentscheidung positiv gegenüberzustehen ist. Aus der

Perspektive der Auseinandersetzung mit der ersten Fragestellung muss die objektive Wertordnung dem individuellen Verzicht auf das Leben nicht entgegenstehen, wobei noch unbeantwortet bleibt, ob das Lebens- oder das Selbstbestimmungsrecht ausschlaggebend ist (vgl. Czerner 2001, 356). Nicht unerwähnt bleiben darf in dieser Thematik, dass der Verfassungsgerichtshof mit der Schaffung des Sterbeverfügungsgesetz und der Sicherungsinstrumente zur Verhinderung von Missbrauch jedoch ermöglicht hat, dass die Selbstbestimmung – eine freie und autonome Entscheidung hinsichtlich der Lebensbeendigung – im Vordergrund steht (vgl. Dokalik u. a. 2022, 161).

7.6.2 Zweite Ebene: Frage des Grundrechtsverzichts innerhalb konkurrierender Grundrechte

Für die Analyse der Problemstellung auf zweiter Ebene muss eingangs geklärt werden, dass das Lebensrecht nicht als Sonderrecht gegenüber der Menschenwürde, dem Selbstbestimmungs- oder des allgemeinen Persönlichkeitsrechts gegenüber der allgemeinen Handlungsfreiheit angesehen werden kann. Vielmehr stehen

diese fünf Grundrechte in einem unauflösbar inneren und sich symbiotisch-wechselseitig beeinflussenden Zusammenhang, weil das Recht auf Leben nicht ohne die anderen vier Grundrechte definiert werden kann, ohne seinen dogmatischen Kernbereich zu verlieren: jedes dieser fünf Grundrechte ist zugleich conditio sine qua non für die anderen vier Verfassungsgüter. (Czerner 2001, 358)

Die Fragestellung ist insofern auch nicht mit der Vorrangstellung der Menschenwürde zu lösen, als es sich um ein Geflecht der Grundrechte handelt, dessen Substrat den Ursprung in der Menschenwürde findet. Um den Nexus zu den Fällen schwerster und unheilbarer Leiden herzustellen, wird das Recht auf ein würdevolles Sterben respektive das Recht auf Sterbehilfe durch die Rechtsprechung eines selbstbestimmten Bereiches einer privaten Gestaltung seines oder ihres Lebens eingeräumt. In diesem Bereich kann der*die Grundrechtsinhaber*in seine oder ihre Individualität entstehen lassen sowie wahren. Dies stellt gleichsam eine freiheitsrechtliche Ausformulierung der Menschenwürde dar. Verfassungsrechtlich lassen sich Lebensschutz und Sterbensfreiheit ergo nicht ausschließen (vgl. Czerner 2001, 358). Die Fragen im Spannungsfeld zwischen leben zu müssen oder sterben zu dürfen, beantwortet Czerner (2001) mit dem von der niederländischen Regierung vorgelegten Kriterienkatalog, nach dem bei „inoperabler, medizinisch untherapierbarer und unheilbarer, sich unvorstellbar quälender Kinder [...] ein weiteres Dahinvegetieren im Sinne rein physisch-biologischer Existenz [...] unter keinen ethischen und rechtlichen Gesichtspunkten“ zumutbar ist (Czerner 2001, 358). Man könne einer Person die Würde nicht erst geben, sondern nur anerkennen, von welchem Menschenbild das Grundgesetz analog ausgeht: Die Menschenwürde ist bereits als

gegeben vorausgesetzt, an welchem Punkt auch das Selbstbestimmungsrecht ansetzt. Das Selbstbestimmungsrecht wandelt sich umso stärker in die Verfügungsbefugnis des Grundrechtsinhabers oder der Grundrechtsinhaberin über eine selbstbestimmte Sterbehilfeentscheidung um, je mehr sich das Leben durch unheilbare Krankheit und schwersten Schmerzen dem Tode nähert. Schlussfolgernd kann aus dem Geflecht aus der Menschenwürde, dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht, dem Selbstbestimmungsrecht und der allgemeinen Handlungsfreiheit kein grundsätzliches Selbstmordrecht, jedoch ein Recht auf autonomes Sterben deduziert werden (vgl. Czerner 2001, 358).

7.6.3 Dritte Ebene: Frage der Grundrechtskollision

Im Folgenden soll der Schwerpunkt der Auswirkungen des elterlichen Erziehungsrechtes auf das Selbstbestimmungsrecht des oder der Minderjährigen (und umgekehrt) gelegt werden (vgl. Czerner 2001, 358). Auf dritter Ebene stehen das Selbstbestimmungsrecht, die allgemeine Handlungsfreiheit des Kindes, seine Menschenwürde sowie das Persönlichkeitsrecht dem Erziehungsrecht der Eltern gegenüber, wobei das kindliche Selbstbestimmungsrecht durch das elterliche Erziehungsrecht beschränkt wird. Dieses findet wiederum durch das Selbstbestimmungsrecht des Kindes seine Begrenzung und erscheint infolge sich wechselnder Schutzbereichsbeschränkungen unlösbar. Das Elternrecht, das kein Recht für die Erzieher*innen, sondern eines auf Erziehung vonseiten der Minderjährigen ist, schreibt die elterliche Wahrnehmung im Sinne des Interesses für ihre Kinder und stellvertretend für diese vor. Das kindliche Selbstbestimmungsrecht, das in der Volljährigkeit am „normativen Höhepunkt“ angelangt, ist hingegen durch die objektive Wertordnung (aus Ebenen 1 und 2), durch das elterliche Erziehungsrecht und das „staatliche Wächteramt“ dreifach beschränkt. Diese Begrenzungen sind umso enger zu ziehen, je niedriger das Alter des Kindes respektive des jungen Erwachsenen ist und je größer sowie unumkehrbarer die Entscheidung das Leben beeinflussen kann. Das betrifft vor allem den nicht reversiblen Entschluss hinsichtlich der Sterbehilfe (vgl. Czerner 2001, 359).

Die Ablehnung eines kindlichen Sterbewunsches stellt insofern keinen Eingriff in die Würde des Menschen dar, als mehrere kollidierende Grundrechte in die Entscheidung miteinbezogen werden müssen (vgl. Czerner 2001, 360). Ferner

sind dem Minderjährigen an der Ausübung eines derart folgenschweren Grundrechtsverzichts insoweit wegen des elterlichen Erziehungsrechts unüberwindbare Grenzen gesetzt, weil das kindliche und jugendliche Selbstbestimmungsrecht gem. Art. 2 I GG seine Schranken im elterlichen und im staatlichen Erziehungsauftrag findet, der wiederum die allgemeine Handlungsfreiheit – und damit ein potentielles Recht des Minderjährigen auf Sterbehilfe – als Bestandteil der verfassungsmäßigen Ordnung innerhalb der Schrankentrias überlagert. (Czerner 2001, 360)

Somit wird die Fragestellung auf dritter Ebene nach Czerner (2001) damit beantwortet, dass die Gewährung der Sterbehilfe am Einbezug des Elternrechtes scheitert, welches selbst dem Anspruch des Minderjährigen auf Sterbehilfe, das der Menschenwürde entspringt, entgegensteht (vgl. Czerner 2001, 360).

7.6.4 Vierte Ebene: Frage der Grundrechtsmündigkeit

Die Fragestellung auf vierter Ebene lässt an den Ausgangspunkt der Überlegungen zurückführen: der Problematik des frei- oder eigenverantwortlichen Suizidentschlusses bei Kindern und Jugendlichen, chiffriert unter dem Begriff der Grundrechtsmündigkeit. Auf Ebene vier stellt sich das Problem, vorausgesetzt die Eltern kommen dem kindlichen Sterbewunsch entgegen, der Forderung einer freiwilligen und hinreichend konkretisierten Entscheidung. Es gilt die Prämisse, die Folgen derer abzuschätzen zu können. Es stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien Eltern beurteilen können, ob ihr zwölf- oder 16-jähriges Kind solch einen Entschluss eigenverantwortlich fassen kann. Die elterliche Beteiligung kann auf die Entscheidungsfähigkeit ihres Kindes nicht einwirken, da die Frage weiterhin aufrecht bleibt, nach welchen Kriterien die Eltern beurteilen sollen und können, ob ihr Kind einen derartigen Entschluss eigenverantwortlich treffen kann.

Als Lösung sieht Czerner (2001) einerseits die Begrenzung des Elternrechtes darauf, die Rechte Kinder und Jugendlicher in dem Alter durchzusetzen, in dem diese diese selbst (noch) nicht geltend machen können. Damit offen bleibt, inwieweit das Elternrecht durch die Grundrechtsmündigkeit verdrängt wird, wird der Begriff einer „partiellen Grundrechtsmündigkeit“ eingeführt, nach welcher das Kind – dem Alter und der Entwicklung entsprechend – grundrechtlich geschützte Tätigkeiten durchführen kann (vgl. Czerner 2001, 360). Betreffend der Glaubens-, Meinungs- und Demonstrationsfreiheit stellt das keine Problematik dar, für den Entschluss der Lebensbeendigung jedoch schon:

Minderjährigen eine Entscheidung von solch existentieller Bedeutung eigenverantwortlich zuzugestehen, [...] lässt (berechtigte) Zweifel aufkommen, ob sie sich wirklich über das Ausmaß und die definitive Unabänderbarkeit der einmal getroffenen Entscheidung für die Sterbehilfe bewusst sind, so dass der Ruf nach [...] einfachgesetzlichen Normen [...] verständlich ist. (Czerner 2001, 360)

Um diesen Konflikt zu lösen, sieht Czerner (2001) nur den „Ausstieg auf der dritten Ebene“, indem die Schrankenbestimmungen mehr Gewichtung bekommen: Das kindliche und jugendliche Selbstbestimmungsrecht soll zugunsten des Schrankentrias‘ und des Erziehungsrechtes der Eltern zurücktreten (vgl. Czerner 2001, 360).

In der Diskussion um die Frage nach der Zulässigkeit assistierten Suizids bei Kindern und jungen Erwachsenen wird eine grundsätzliche Ablehnung deutlich – vor allem dann, wenn die

Zustimmung der Eltern verweigert wird. Trotz Liberalisierungstendenzen sieht Czerner (2001) die Ausweitung der Sterbehilfe für Minderjährige infolge gesellschaftspolitischer, ethischer Gründe sowie aufgrund unumkehrbarer Folgen und aufgrund der vollständigen Aushebelung des elterlichen Erziehungsrechtes kritisch. Schlussfolgernd kann die Suizidbeihilfe nicht vollständig mit der Selbstbestimmung des Menschen, den rechtlich festgelegten menschlichen Grundgesetzen und den ärztlichen Grundsätzen in Übereinstimmung gebracht werden, da die Aspekte, die für oder gegen assistierten Suizid bei Minderjährigen sprechen, unter keine einheitliche Position untergeordnet werden können. Czerner (2001) beruft sich auf weitere verfassungsrechtliche Untersuchungen dieser grundsätzlichen Fragestellung, die an der sich veränderten und sich verändernden Soziokultur sowie am Verständnis der Grundrechte Orientierung finden sollen (vgl. Czerner 2001, 360).

8 Präventionsmaßnahmen

Den Abschluss der Masterarbeit bildet das Aufzeigen möglicher Präventionsmaßnahmen, insbesondere für Kinder und junge Erwachsene, wobei auch medizinische sowie rechtliche Punkte und der gesellschaftliche Beitrag beleuchtet werden. Nach der Untersuchung der Gesetzeslagen sowie der Entwicklung der Sterbehilfe bei der Personengruppe der Kinder und Jugendlichen vor dem Hintergrund der in Kapitel 6 sowie 7 gegenübergestellten ethischen Positionen für und gegen die Inanspruchnahme des assistierten Suizids können Schlüsse gezogen werden, um adäquate Präventionsmaßnahmen mit dem Ziel, Suizidfälle und -wünsche bei jungen Erwachsenen zu reduzieren, aufzuzeigen zu können.

Wie man anhand der ethischen Untersuchung der aktuellen Gesetzgebung zur Sterbehilfe in den Niederlanden, in Belgien und in Österreich erkennt, ist eine gefährliche Entwicklung festzustellen. Was die Debatte der Legalisierung des assistierten Suizids bei Minderjährigen betrifft, so ist prioritär, Möglichkeiten zu schaffen, die Suizidwünsche aufzufangen und abzuwehren versuchen. Wie in der Arbeit gezeigt wird, existieren viele differente Haltungen gegenüber Sterbehilfe. Was aber wesentlich ist, ist, Menschen, insbesondere junge Menschen, jegliche Unterstützung zu bieten, die die Option der Suizidbeihilfe in den Hintergrund rücken lässt. Buchmann (2017) steht dahingehend dafür ein, dass

[n]eben der ärztlichen Kunst [...] die psychotherapeutische Begleitung und „Führung“ von größter Bedeutung [ist]. Depressionen sind heilbar – und auch Wahnvorstellungen wie auch Ängste im weitesten Sinn sind behandelbar. Wir Menschen sind auf Belastungen angelegt – aber es mag Situationen geben, in denen wir uns als völlig überfordert erleben und auch keine adäquate Hilfe erfahren; Letzteres eben auch, weil wir sie nicht (mehr) annehmen wollen. Der Wunsch, nicht mehr zu leben, trifft sich mit dem Wunsch, tot zu sein. Das klingt trivial – aber meine Erfahrungen mit (auch jugendlichen) Suizidenten lehrte mich, dass dieser Lebensabschnitt wie

ein Schwebezustand ist: Man kann, so glaubt man, nicht mehr leben – aber eigentlich möchte man auch nicht sterben. Nur: Das Sterben erscheint in solchen Situationen als die „einfachste“ Lösung. Und es bedeutet eine seelische „Knochenarbeit“, einen Menschen dazu zu ermuntern, seinen „Mut“ zum Sterben umzuwandeln in einen Mut zum Leben und zum Ertragen und Bewältigen der schwierigen Lebenssituation. (Buchmann 2017, 82)

Entscheidend ist die persönliche Begleitung, womit gemeint ist, dass das Befinden der Patienten oder Patientinnen und auch der Sterbewunsch ernst genommen werden. Ferner soll die Tatsache, die Option der Suizidbeihilfe zu haben, auch dazu beitragen, eben diese nicht wahrzunehmen, was vor allem dann eintritt, wenn eine effektive Schmerztherapie sowie eine zuverlässige persönliche Ansprache ermöglicht wird. Nach Buchmann (2017) ist nicht die Verkündung moralischer, rechtlicher Dogmen wesentlich, sondern die humane Verwirklichung der Selbstbestimmung (vgl. Buchmann 2017, 82).

Oduncu (2005) sieht die Lösung des Spannungsfeldes, das sich zwischen der gesetzlichen Legitimierung der Sterbehilfe und dem Anspruch eröffnet, die Qualen schwerstkranker und sterbender Menschen reduzieren zu wollen, in der Palliativmedizin. Diese

ist in der Lage, durch eine multimodale Betreuung Leiden umfassend zu lindern. Im Vordergrund steht der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit mit physischen, psychischen und geistig-seelischen Problemen und Nöten sowie die Achtung der Menschenwürde im Leben, Sterben und danach. In der Palliativmedizin geht es nicht um das medizinisch-technisch Machbare, sondern um das medizinisch-ethisch Vertretbare. Die moderne Palliativmedizin bietet „aktive Lebenshilfe“ und eine echte Alternative zur aktiven Sterbehilfe. [...] Da Befragungsstudien von terminal kranken und sterbenden Patienten belegen, daß eine adäquate Symptombehandlung und menschliche Zuwendung die Patientenwünsche nach frühzeitiger Beendigung ihres ansonsten unerträglichen Lebens zurückdrängt, müssen aus medizin-ethischer Sicht eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung, aber auch Aus-, Fort- und Weiterbildung in Palliativmedizin bei Studierenden, Ärzten und Pflegenden auf das Nachhaltigste gefordert und gefördert werden. (Oduncu 2005, 524)

Dies wird durch Studienergebnisse bestätigt, die zeigen, dass „eine Liberalisierung der Euthanasie umso weniger als notwendig erachtet wurde, je ausgeprägter die palliativmedizinische Erfahrung“ ist (Oduncu 2005, 521). Bezeichnend als „Palliative Care“ beschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Palliativversorgung als ein Angebot, das die Lebensqualität von Patienten und Patientinnen sowie die der Angehörigen verbessert, die sich mit komplexen Problemen auseinandersetzen müssen, die lebensbedrohliche oder unheilbare Krankheiten verursachen. Der multiprofessionelle und interdisziplinäre Ansatz palliativmedizinischer Behandlungen schließt das Mindern von Qualen durch frühzeitiges Diagnostizieren, präzise Einschätzungen, Schmerztherapien sowie Behandlungen von körperlichen, psychosozialen und spirituellen Beschwerden mit ein. Palliativversorgung soll jedoch nicht nur unmittelbar am Lebensende erfolgen, sondern sie soll in jeder ärztlichen und pflegerischen Handlung Berücksichtigung finden. Grundsätze sind die Förderung und die Erhaltung der Lebensqualität bis zum Tod, denn Palliative Care „bejaht das Leben, sie sieht das

Sterben als letztendlich normalen Prozess, den es zwar nicht zu beschleunigen, aber auch nicht zu behindern, zu verzögern gilt.“ (Stellungnahme der Bioethikkommission, 24)

Palliative Care kann auch dazu beitragen, dass vulnerable Personen Schutz vor Fremdbestimmung erhalten. Es können jedoch sehr wohl Fälle auftreten, in denen der Mensch den Wunsch nach Suizidbeihilfe äußert, der bei einem ernsthaften und genuinen Verlangen eines oder einer Betroffenen mit einer Erkrankung ohne Chance auf Heilung auch ermöglicht werden soll (vgl. Stellungnahme der Bioethikkommission, 32). Zu erwähnen ist aber ferner, dass Palliativmedizin keine Heilung der Grunderkrankung induzieren kann, sondern auf die Milderung der Folgen der Erkrankung abzielt. Wie bereits erwähnt, umfasst Palliativversorgung Schmerzbekämpfung, da Sterbewillige häufig unter sehr starken Schmerzen leiden. Ruß (2002) vertritt die These, dass das Verlangen nach Suizidbeihilfe schwinden würde, wenn sorgfältige palliativmedizinische Maßnahmen, vor allem strikte Schmerzkontrolle und intensive menschliche Zuwendung zu Betroffenen, getroffen würden (vgl. Ruß 2002, 17). Mit besonderem Fokus auf die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen verweist Niethammer (2012) auf die Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen, mit diesen in Konversation zu treten und ihren Wunsch zu erkennen (vgl. Niethammer 2012, 52). Übertragen auf Suizidversuche führt Bojack (2010) lerntheoretische Forschungserkenntnisse an, die die Wichtigkeit der Unterstützung und Zuwendung untermauern: Lassen Hilfe und menschliche Zuwendung nach einem Suizidversuch nach, soll das Risiko erneuter Versuche steigen (vgl. Bojack 2010, 9).

Die geforderte Alternative der Sterbehilfe, palliativmedizinische Betreuungen wahrzunehmen, muss nach Birnbacher (2010) auch kritisch betrachtet werden, denn die Palliativmedizin steht insofern vor Grenzen, als ad exemplum viele Krebspatienten und -patientinnen mit einer sorgfältigen Schmerztherapie nicht schmerzfrei gehalten werden können (vgl. Birnbacher 2010, 34). Insofern ist eine Polarisierung und eine diametrale Gegenüberstellung von Sterbehilfe und Palliativmedizin nicht der einzige richtige Weg, sondern es müssen die Maßnahmen der Unterstützung sowie der Prävention vor allem für besonders vulnerable Menschen, für Kinder und Jugendliche erweitert werden. Diese umfassen einerseits die Schaffung von Bewusstsein und Wissen der Gesellschaft durch eine fachliche Medienarbeit sowie das Aufzeigen der Gefahren, die Medien mit sich bringen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, 27). Dazu gehören die Auflistung professioneller Unterstützungsangebote wie beispielsweise von Notdiensten und Telefonkontakten, um Ängste abzubauen, das Enttabuisieren des Suizids, um gesellschaftliches Bewusstsein zu entwickeln und weitere Aufklärung in Form von Beispielen

Betroffener zu leisten, die suizidale Krisen überwinden konnten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, 29).

Andererseits sollen unterstützende und behandelnde Institutionen, die die Suizidprävention fokussieren, erweitert werden. Darunter fallen der Ausbau ambulanter Kriseninterventionsinstitutionen, ad exemplum eine multidisziplinäre personelle Ausstattung zu schaffen, sowie mindestens eine stationäre Kriseninterventionseinrichtung pro Bundesland zu errichten. Außerdem soll vermehrt zwischen stationärem und ambulanten Bereich sowie zwischen den Nahtstellen kooperiert und vernetzt werden. Ferner soll das Krisenmanagement dahingehend ausgebaut werden, dass Hotlines für Hilfe bei Katastrophen jeglicher Art errichtet sowie das notfallpsychologische Personal vergrößert werden, welche rund um die Uhr kontaktiert werden können. Die Erstellung umfangreicher Kriseninterventionskonzepte sowie der Ausbau wissenschaftlicher Begleitforschung hinsichtlich Krisenintervention und Prävention von Suiziden sowie Traumafolgestörungen soll ebenso angestrebt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, 38).

Mit speziellem Blick auf Kinder und Jugendliche soll Suizidprävention in der Erziehung und im Unterricht eingebaut werden, indem sie Konfliktlösung und den Umgang mit Krisen, Depressionen und Suizidproblemen lernen – ferner, diese rechtzeitig zu erkennen. In Erziehungs- und Bildungssystemen, in Vereinen und Gruppen für Kinder und Jugendliche sowie in Interessengemeinschaften soll verinnerlicht werden,

Ankündigungen und Risikosignale wie Suizidmitteilungen und Suizidversuche, Schulschwänzen oder andere häufige Absenzen, auffallende Müdigkeit, Aggression, Isolation, Substanzmissbrauch, Wutanfälle und antisoziales Verhalten wahrzunehmen und in ihrer Bedeutung zu verstehen. (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 38)

Prävention soll auch im Sinne der schulischen Förderung der Gesundheit und Schulentwicklung stattfinden, die umfasst, dass allen Mitgliedern einer Schule eine sichere, achtsame Lernumwelt geboten wird, die durch aktiv gestaltende, ganzheitliche Programme gegenseitigen Respekt fördert sowie die Reduktion von Mobbing anstrebt. Die Suizidprävention soll insofern mit der allgemeinen Schulentwicklung verbunden werden, als modular gestaltete Präventionsprogramme in die Schul- sowie Unterrichtsstruktur integriert werden und die Gesundheitsförderung praktisch umgesetzt wird. Überdies sollen die Projekte und Präventionsmaßnahmen bundesweit vereinbart und überregional kooperiert werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, 41-42).

Ziel der schulischen Suizidprävention muss sein, die bestehenden Schulpräventionseinrichtungen zu gewinnen, den Aspekt der Suizidthematik in ihre Programme aufzunehmen. In weiten

Bereichen sind Gewalt-, Sucht- und Suizidprävention überlappend, es gilt nur die suizidspezifischen Inhalte zu integrieren. (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 42)

An den Nexus der schulisch und gesundheitlich angelegten Suizidprävention angeknüpft, soll insofern auch die Rolle der Ärzte und Ärztinnen beleuchtet werden, als der bewusste Entschluss über den Tod und das Leben nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für viele Mediziner und Medizinerinnen bereits zum Alltag gehört. Bedford-Strohm (2021) konstatiert jedoch einen vergleichsweise erstaunlich geringen Fokus auf die damit in Verbindung stehenden Fragestellungen in der medizinischen Ausbildung. Auch vonseiten der Mediziner*innen nimmt Bedford-Strohm (2021) den Wunsch wahr, besser in der mit Sterbehilfe verbundenen Tätigkeit ausgebildet zu werden, insbesondere wegen der nun gegensätzlich ausgelegten Aufgaben medizinischen Handelns: Sowohl die Bewahrung des Lebens als auch die Berücksichtigung der Selbstbestimmung im Sinne der Durchführung assistierten Suizids zählen zu den Aufgaben ärztlichen Handelns (vgl. Bedford-Strohm 2021, 536). Lübbe (2015) steht nicht nur für die Stärkung des palliativmedizinischen Angebots, sondern auch für diese der ambulanten und stationären Pflege sowie der Leistungen ein, die überdies finanzieller Unterstützung bedürfen:

Gleichzeitig müssten die Vergütungsregelungen für die ärztliche Erbringung ambulanter und stationärer Leistungen vor diesem Hintergrund gründlich überarbeitet werden. In diesem Zusammenhang sollten das Wissen und die Verantwortung von Patienten wie auch die Kommunikationskompetenz von Ärzten stetig weiter gestärkt werden. Nur auf diese Weise kann es mittelfristig gelingen, das Für und Wider, also den Nutzen gegenüber dem Schaden von Behandlungen besser abzuwägen und transparent miteinander zu diskutieren. (Lübbe 2015, 161-162)

Vor diesem Hintergrund empfehlen Verantwortungsträger*innen der Bioethikkommission (2015), dass Palliative Care sowohl in der Ausbildung als auch in der Forschung einen Schwerpunkt einnehmen und ausreichend finanzielle Unterstützung, nicht nur in Forschungsförderungseinrichtungen, sondern auch in Universitäten und Krankenhäusern, erhalten sollen. Ad exemplum soll die Aneignung von grundlegendem Wissen sowie von Fähigkeiten hinsichtlich Palliativmedizin in jeder ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Ausbildung verpflichtend sein. Thematisch betreffende medizinische Weiterbildungen sollen auf die signifikante Verbesserung der Versorgung der Menschen abzielen (vgl. Bioethikkommission 2015, 29).

Neben der staatlichen Verpflichtung, Suizidprävention und Beratungsangebote bereitzustellen, Hospiz- und Palliativversorgung auszubauen sowie Pflegeangebote und ihre Rahmenbedingungen zu verbessern, soll auch für einen entsprechenden Ärzte- und Ärztinnenschutz gesorgt werden: Es soll weder eine rechtliche noch eine moralische Verpflichtung zur Sterbehilfe auferlegt werden, ferner soll medizinisches Personal straf- oder

berufsrechtlich nicht belangt werden, wenn dieses Menschen in ihrem Sterbewunsch begleitet (vgl. Bedford-Strohm 2021, 537).

Nicht nur die medizinische Komponente soll ausgebaut, sondern auch die Legislative soll überarbeitet werden: Lewis (2021) plädiert für eine Überarbeitung der Regelung der Suizidbeihilfe und konstatiert Voraussetzungen, unter welchen die Hilfe zum Suizid unter Straflosigkeit gestellt wird. Liegen eine freie sowie nachhaltige, nicht von Helfenden unter Einfluss stehende Willensentscheidung oder der Fall vor, dass der*die Suizidwillige abhängig von der Hilfe anderer bei der Durchführung der Selbsttötung ist, soll Suizidbeihilfe straflos sein. Lewis (2021) steht für ein entsprechendes Anfügen der Regelung durch eine weitere Einschränkung, die die Hilfe bei der Selbsttötung auf Fälle der unumgänglichen Unterstützung reduziert, sowie für die zusätzliche Einschränkung durch die Begrenzung der Hilfe „am natürlichen Lebensende“ oder bei schweren Erkrankungen ein. Hinsichtlich der Neuadjustierung der Beihilfe zum Suizid schlägt Lewisch (2021) das Einziehen einer Altersgrenze vor (vgl. Lewisch 2021, 986).

Neitzke (2015) sieht die Kriterien zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit eines Sterbehilfewunsches – die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, Wohlerwogenheit und Dauerhaftigkeit – insofern kritisch an, als diese nicht vollständig objektivierbar sind.

Betreffend die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, konstatiert Neitzke (2015) zwar, dass diese zumindest durch psychologische und psychiatrische Expertise bewertet und dass bei akuten oder seit kurzem bestehenden Störungen psychischer Art sowie bei Fällen von Personen hohen Alters unproblematisch beurteilt werden kann (vgl. Neitzke 2015, 359).

Problematisch sind diejenigen Fälle, in denen ein krankheitswertiges Drängen zum Suizid gleichzeitig mit einer weitgehend realistischen Einsicht über den bisherigen Verlauf und die zukünftigen Lebens- und Behandlungschancen zu beobachten ist. Bei hinreichender Erfahrung und eingehender Untersuchung lässt sich in der Regel eine weitgehend verlässliche Einschätzung vornehmen. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Untersuchung und Beurteilung der Urteilsfähigkeit als Schritte in einem gedanklichen Prozess ihrerseits Einfluss auf die Entwicklung des Suizidwunsches nehmen können. Auch dieses Dilemma wird in einzelnen Fällen unauflösbar sein, so dass die Entscheidung über die Einsichts- und Urteilsfähigkeit problematisch und belastend bleibt. (Neitzke 2015, 359)

Das Kriterium der Wohlerwogenheit ist deswegen nicht vollständig objektivierbar, da in dessen Einschätzung die Bewertungen des oder der Sterbewilligen vor dem Hintergrund seiner oder ihrer Lebensgeschichte ernst genommen werden; ferner nicht das Ergebnis der Abwägung, sondern vielmehr der Prozess geprüft wird (vgl. Neitzke 2015, 359).

Der Aspekt der Dauerhaftigkeit eines Sterbewunsches kann ebenso nicht positiv bewiesen werden, wobei jedoch „[e]ntscheidend ist, ob es begründeten, vernünftigen Zweifel an der Dauerhaftigkeit gibt.“ (Neitzke 2015, 359)

Auch die Medien und deren Berichterstattung üben großen Einfluss, welche kritisch zu betrachten sind und Restriktionen verlangen:

Während das Sterben weitgehend ein Tabuthema ist, berichten Medien geradezu euphorisch von einem „würdevollen“ und selbstbestimmten Tod, wenn Prominente heute Beihilfe zum Selbstmord in Anspruch nehmen. Studien belegen klar, dass dies bei gefährdeten Menschen einen Nachahmungseffekt auslösen kann (sog. „Werther-Effekt“). [...] Die WHO [hat] deshalb eigene Richtlinien zur Darstellung von Suizid in Medien erlassen [...und] fordert darin Medienschaffende auf, sowohl eine „Sensationssprache“ als auch „normalisierende Darstellung von Selbstmord als Lösung für Probleme“ zu vermeiden, ebenso eine „prominente Platzierung von Geschichten über Selbstmord“ sowie eine „explizite Beschreibung der verwendeten Methode. (Kummer 2015, 23-24)

Nicht unerwähnt bleiben darf die suizidprotektive Wirksamkeit der Medien, definiert mit dem „Papageno-Effekt“. Beispielsweise können Berichte über Betroffene unterstützend und protektiv wirken, indem sie zeigen, wie diese krisenhafte Situationen konstruktiv und ohne Suizidalität meistern (vgl. Kummer 2015, 24).

Im Umgang mit Sterbehilfe nimmt jedoch auch die Gesellschaft eine wesentliche Rolle ein, womit die Bedeutung des sozialen Klimas einhergeht. Kummer (2015) äußert sich dahingehend, dass kein sozialer Druck entstehen dürfe, sich für oder gegen Suizidbeihilfe entscheiden zu müssen:

Es ist die moralische Bankrotterklärung einer Kultur, die ihre Kompetenz im Umgang mit Leidenden verloren hat und im Rückzugsgefecht die legale Tötung als Befreiung feiert, noch dazu jener, die besonders vulnerabel und schutzbedürftig sind. Das Angebot des assistierten Selbstmords wäre der menschenverachtendste Ausweg, den die Gesellschaft sich ausdenken kann, um sich der Solidarität mit den Schwächsten zu entziehen. [...] Der Staat hat Schutzwilchen gegenüber dem Gemeinwohl und muss nachhaltig handeln, das heißt: über Generationen hinweg müssen grundlegende Güter durch Gesetze geschützt werden. Wer meint, es müsse jeder Generation demokratiepolitisch selbst überlassen werden, ob sie Tötung auf Verlangen erlaube oder nicht, argumentiert gefährlich. Der Schutz des Lebens ist ein vorpolitisches Recht. Es steht also über der Demokratie, deshalb kann man darüber auch nicht abstimmen. (Kummer 2015, 43)

An diesen Topos anknüpfend soll das Bewusstsein hinsichtlich der Endlichkeit des Lebens im Zeitalter der selbstbestimmten Entscheidung über Ort und Zeit des Todes respektive des Sterbens thematisiert werden, welchem nach Bedford-Strohm (2021) wieder mehr Bedeutung geschenkt werden sollte. Im Zuge des technischen und medizinischen Fortschrittes, in dem der Mensch, Leid und Tod nicht mehr als unabänderbar verstanden werden, konstatiert Bedford-Strohm (2021), dass sich das Leitbild des „Menschen als Empfänger“, nach dem Tod und Leiden als unveränderbar gesehen wurden, heute zum „Mensch als Gestalter“ ver stellt habe,

was „Anlass [gibt], über die Frage der Annahme unserer Endlichkeit nachzudenken. [...] Das Leitbild des Menschen als Gestalter versagt angesichts der Unkontrollierbarkeit des Todes“ (Bedford-Strohm 2021, 539). Es soll wieder in den Vordergrund rücken, „Mensch als Empfänger“ zu sein und Prozesse des Leidens und den Tod selbst zu akzeptieren und auszuhalten (vgl. Bedford-Strohm 2021, 539).

Spaemann (2015) verortet in der Legalisierung der Suizidbeihilfe eine weitere gesellschaftlich schwindende Bereitschaft, menschliches Leben zu schützen. Durch diesen Tabubruch, der sich ferner darin äußert, dass sich der Einzelne vor der Gesellschaft für die Belastung rechtfertigen muss, die er oder sie für andere darstellen würde, käme es zu einem Wandel der Wahrnehmung der menschlichen Würde sowie des Umgangs mit Leid, Schmerz, Sterben und Tod. Nach Spaemann (2015) darf die Suizidbeihilfe nicht als Mittel zum Zweck der Schmerzerlösung, als Heilmittel oder gar als ärztlicher Therapieauftrag gesehen werden (vgl. Spaemann 2015, 184). Dahingehend plädiert Kummer (2015) für einen in der Rechtsordnung verankerten Schutz von besonders Vulnerablen vor Sterbehilfe, wenn das Leben in der Gesellschaft von Menschenwürde, Solidarität und Respekt vor richtig aufgefasster Selbstbestimmung geprägt sein soll (vgl. Kummer 2015, 44). Es gilt als gesellschaftlicher Auftrag und gleichsam als größte Herausforderung, nicht nur die Sozialkultur zu stärken, sondern auch ein Klima zu schaffen, das lebensfreundlich ist, in dem füreinander Sorge getragen wird und in dem die Würde und der Wert jedes Einzelnen Wichtigkeit erfährt (vgl. Bedford-Strohm 2021, 541).

9 Conclusio

Die in der Arbeit gewonnenen Aspekte sollen nun in einem abschließenden Schritt zusammengeführt und zusammengefasst werden, wobei gezeigt wird, dass keine eindeutige Positionierung für oder gegen die Sterbehilfe eingenommen werden kann, die rechtliche Reglementierungen über die Erlaubnis des assistierten Suizids für Kinder und Jugendliche in Belgien und in den Niederlanden jedoch als warnende Exempel für Österreich fungieren sollen. Die Ausführungen zeigen, dass die Regelung zur Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien als mögliche Entscheidung für einen Ausweg gesellschaftlich bereits anerkannt ist, jedoch wird diese von vielen Stimmen in Zweifel gezogen. Die konstatierten Entwicklungen tragen eine weitere Ausweitung in sich, in welcher die immer stärkere Forderung nach Selbstbestimmung die Tür zur Normalität der Inanspruchnahme assistierten Suizids eröffnet.

Durch die unterschiedliche Auslegung des Begriffs der Würde entstehen differente Argumentationen, die den Schwerpunkt unter anderem auf das Recht eines würdevollen Todes oder auf die Achtung der Menschenwürde legen. Mit dem Fokus auf die Würde des Menschen

kann sowohl als Gegenargument als auch als Proargument plausibel argumentiert werden. Es bildet sich eine Ambivalenz: Die Debatte um die Sterbehilfe ist sowohl positiv als auch negativ konnotiert und diese Uneinigkeit führt zu Konfliktsituationen. Aus der Zusammenschau der Rechercheergebnisse lässt sich keine eindeutige abschließende Positionierung für oder gegen Sterbehilfe einnehmen, jedoch daraus schließen, dass das Gesetz über die Erlaubnis der Sterbehilfe für Minderjährige in Belgien und in den Niederlanden ein warnendes Exempel für Österreich statuieren soll. Mit der Gegenüberstellung verschiedener Positionen wird die Gratwanderung betont, die trotz gesetzlicher Regelungen allein schon deswegen besteht, als nicht alles, was gesetzlich erlaubt ist, auch ethisch geboten ist. Ferner besteht die Gefahr der Gewöhnung und Abstumpfung des medizinischen Personals hinsichtlich des Gewährens und Leistens von Sterbehilfe sowie der gesellschaftliche Verlust der Achtung vor dem menschlichen Leben. Eine Aufweichung und Lockerung dieser gesetzlichen Reglementierung hinsichtlich der Senkung der Altersgrenze, um Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu können, können weitere Ausnahmen, Suizidbeihilfe unter nicht klar bestimmten, als subjektiv schwer aushaltbar empfundenen Lebensbedingungen zuzulassen, ermöglichen und zu einer Ausweitung der ursprünglich gezogenen Grenzen führen. Der dadurch möglicherweise gewährte assistierte Suizid kann Schleusen für diejenigen öffnen, für die es eigentlich auch noch andere Auswege gäbe. Die Kritik am Erlass der Sterbehilfe für Minderjährige schlägt gleichsam in die Kerbe der Fälle von Sterbewilligen, deren Entscheidung nicht selbstbestimmt, wohlüberlegt und ernsthaft gefällt und von fachlichem Personal fehlerhaft respektive vorschnell beurteilt wurden. Durch die Möglichkeit straffreier Suizidhilfe bei Kindern und Jugendlichen kann besonders das Leben von Menschen in Gefahr gebracht werden, die kognitiv und emotional der Artikulation eines klaren Sterbewunsches nicht fähig sind. Außerdem kann der Fall einer möglichen Sterbehilfeentscheidung bei Kindern und Jugendlichen auftreten, die durch noch nicht vollständig ausgebildete kognitive Fähigkeiten getrübt getroffen wurde. Dies kann in eine fehlbeurteilte Zulassung des assistierten Suizids resultieren. Eine gründliche Erfüllung der Kriterien, damit ein*e Patient*in Sterbehilfe in Anspruch nehmen darf, kann demnach nicht in allen Fällen gewährleistet werden. Darüber hinaus bleibt die Frage offen, wie mit Menschen verfahren wird, die sich aufgrund schwerer geistiger oder körperlicher Behinderung dahingehend nicht artikulieren können.

Aus den im Kapitel 5 genannten Motiven der jungen Erwachsenen hinsichtlich des Wunsches nach Sterbehilfe lässt sich schließen, dass psychische Verstimmungen und Erkrankungen, Auswirkungen traumatischer Erlebnisse und vorübergehende Stimmungsschwankungen häufig als Gründe für den Suizidwunsch genannt werden, jedoch in den für die Zulässigkeit der

Sterbehilfe vorgeschriebenen Kriterien nicht explizit erwähnt werden. Für die Gewährung assistierten Suizids bestehen zwar Vorgaben, aber in diesen wird kein genauer „Krankheitsbegriff“ umrissen, auch die psychische Komponente wird völlig ausgeklammert. Es ist zu bezweifeln, dass durch diese Kriterien ein rechtssicherer Umgang mit Sterbehilfe, wenn der Wunsch psychischer Gründe entspringt, geschaffen oder ein leichtfertiger umgangen wird. Aus den stringent kontrollierten Sorgfaltskriterien, die sowohl in Österreich als auch in Belgien und in den Niederlanden zu befolgen sind, sind im Gegensatz zur österreichischen Gesetzeslage in den letztgenannten beiden Ländern zusätzlich noch weitere Kontrollen in Form von Gutachten Dritter und eines Fachpersonals notwendig. In der Legislative in Österreich vermittelt dies den Eindruck unpräziser Gutachten und mangelhafter Unterstützung.

Die ethische Untersuchung der aktuellen Gesetzgebung in Österreich im Vergleich mit den Entwicklungen in den Niederlanden und in Belgien ergibt ferner, dass der assistierte Suizid trotz bestehender Kriterien als verlockende, einfachere Lösung erscheint und wiederum einen leichtfertigen Umgang mit dem Sterben mit sich zieht. Durch die bestehenden Vorgaben wird zwar ein leichtfertiger Zugang zur Inanspruchnahme des assistierten Suizides erschwert, bietet jedoch nicht in allen Fällen Kontrolle, sondern schafft Grauzonen und Freiräume, die erleichterten Zugang oder Missbrauch in der Praxis begünstigen können. Zudem führen die Enttabuisierung der Thematik und der dadurch ausgelöste Prozess der gesellschaftlichen Abstumpfung, die veränderte Soziokultur sowie die erneut bestärkte Rolle der Selbstbestimmung dazu, dass Sterbehilfe immer häufiger als Lösung respektive Erlösung angesehen wird.

Die gesetzliche Zulässigkeit von Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen wird zwar noch nicht in Österreich angedacht – die Tendenzen in den Niederlanden und in Belgien sollen jedoch kritisch und als Warnung einer gesetzlichen Ausweitung betrachtet werden. Die gezogenen Regeln und Kriterien zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit und Gewährung der Suizidbeihilfe können einen klaren und verantwortungsvollen Weg schaffen, jedoch die Gefahren von Missbräuchen, Fehlbeurteilungen und auch die Möglichkeit einer gesetzlichen Ausweitung nicht verhindern. Wichtig ist jedoch zu betonen, dass die Auflagen der Zusatzkriterien trotz ihrer, wie es Kritiker*innen konstatieren, zum Teil ambiguen schriftlichen Auslegung erschweren, dass kurzfristig auftauchende, in der Pubertät gehäuft auftretende Stimmungsschwankungen, Gefühlstiefs durch Liebeskummer oder nicht ernsthaft für die Inanspruchnahme der Sterbehilfe genannte Motive wie vorübergehende Perspektivlosigkeit für die Gewährung von Sterbewünschen herangezogen werden. Aufgrund der in den Niederlanden und in Belgien abzusehende Entwicklung ist aber festzuhalten, dass in nächster Zeit eine

weitere Bearbeitung des Erlasses erforderlich sein wird sowie ein Ausbau der psychologischen und palliativen Begleitung und Schmerztherapie vonnöten sind, um das subjektive Wohlbefinden hinsichtlich der Lebensqualität zurückzuerhalten und um Sterbehilfewünsche möglicherweise abzuwehren. In der Diskussion um die Frage nach der Zulässigkeit assistierten Suizids bei Kindern und jungen Erwachsenen wird auch bei Czerner (2001) eine grundsätzliche Ablehnung deutlich – insbesondere bei der Verweigerung der elterlichen Zustimmung. Vielmehr sollen hinsichtlich der Debatte um Gewährung der Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen engere Schrankenbestimmungen durch die objektive Wertordnung und durch das „staatliche Wächteramt“ gezogen werden, vor allem aber soll das kindliche und jugendliche Selbstbestimmungsrecht zugunsten des Erziehungsrechtes der Eltern zurücktreten (vgl. Czerner 2001, 360). Ferner empfehlen Verantwortungsträger*innen der Bioethikkommission, die Entwicklung kritisch zu betrachten sowie die verbindlichen Richtlinien zu prüfen, um eine mögliche gesetzliche Aufweichung hinsichtlich Kinder und Jugendliche und um Missbrauch in der Praxis zu verhindern (vgl. Bioethikkommission 2015, 33). Das österreichische Gesetz benötigt demnach eine präzisere Formulierung und Kontrolle durch mehrere Instanzen, als dies aktuell vorgeschrieben ist.

Brade und Friedrich (2021) sehen den Gesetzgeber in diesen Topoi vor einer politischen, ethischen und legistischen Herausforderung, da das Recht auf einen selbstbestimmten Tod abzusichern ist sowie gleichsam das große Ganze nicht aus den Augen verloren werden darf: Die Freiheit des Einzelnen soll mit den gesellschaftlichen Interessen, die politische, ethische sowie legistische Bereiche umfassen, vereint werden (vgl. Brade und Friedrich 2021, 230). Schneider, Reif u. a. (2022) betonen das Ziel, sich so um die Vulnerabelsten unserer Gesellschaft zu kümmern, dass nur in den wenigsten Fällen ein Sterbewunsch geäußert wird. Gleichzeitig soll jedoch auch ein Verfahren dekretiert werden, dass Betroffenen mit unerträglichem Leiden eine würdevolle und selbstbestimmte Lebensbeendigung ermöglicht. Mit gezielten Strategien der Suizidprävention und bestimmten Inventionsprogrammen für alle Risikogruppen unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsspezifität kann eine flächendeckende, bedarfs- und versorgungsgerechte und nachhaltige medizinische Versorgung erreicht werden (vgl. Schneider, Reif u. a. 2022, 60). Dies stellt nicht nur einen herausfordernden Auftrag für alle politisch Verantwortlichen dar, sondern für jeden Einzelnen unserer Gesellschaft. Wenn palliativmedizinische Maßnahmen nicht nur dabei helfen, die menschliche Lebensqualität zu bewahren, sondern auch Sterbewünsche zu reduzieren, dann sollte unbedingt eine Erweiterung der Palliativversorgung angestrebt werden. Da es jedoch immer Fälle und Situationen geben wird, in denen der assistierte Suizid als die beste Lösung

angesehen wird, so soll die Debatte um Suizidbeihilfe insofern weitergeführt werden, als dadurch ermöglicht wird, Unterstützungsoptionen für alle hinsichtlich der Wahrung der Lebensqualität anbieten zu können.

10 Literaturverzeichnis

- Assistierter Suizid: Das Leben ist alternativlos. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 2016/17 (06), 279. <https://doi.org/10.1055/s-0042-119605>
- Averdunk, Franz Ludwig; Büßler, Lisa; Dolderer, Winfried u. a.: Dokumentation. Organisierte Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in der Schweiz, den Niederlanden und in Belgien. Berlin: Deutscher Bundestag 2020.
- ASVG: BGBI. I Nr. 126/2017: Bundesrecht konsolidiert: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz § 120, Fassung vom 03.08.2022. In: RIS (Rechtsinformation des Bundes). Abgerufen unter: [RIS - Allgemeines Sozialversicherungsgesetz § 120 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 03.08.2022 \(bka.gv.at\)](#) [letzter Zugriff: 03.08.2022].
- Bauer, Axel W.: Notausgang assistierter Suizid? Die Thanatopolitik in Deutschland vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. In: Hoffmann, Thomas Sören; Knaup, Marcus (Hg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. Wiesbaden: Springer 2015, 51-78. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09777-6_3
- Bedford-Strohm, Heinrich: Bewahrung des Lebens als Aufgabe ärztlichen Handelns. In: Der Chirurg 2021/92, 536-541. <https://doi.org/10.1007/s00104-021-01430-9>
- Bioethikkommission Wien (Hg.): Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission. Wien: BKA, ARGE 2015. Abgerufen unter: https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Palliative_Care/STERBEN_IN_WUERDE_Bioethikkommission_9_2_2015.pdf [letzter Zugriff: 14.08.2022].
- Birklbauer, Alois: Vor §§ 75-79. In: Höpfel, Frank; Ratz, Eckart: Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch 2.Auflage. Wien: Manz 2022. (Stand 1.3.2019, rdb.at)
- Birnbacher, Dietrich: Sterbehilfe – Eine philosophische Sicht. In: Thiele, Felix (Hg.): Aktive und passive Sterbehilfe Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte. München: Wilhelm Fink Verlag 2010, 31-42.
- Birnbacher, Dieter: Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der Standesethik. In: Thiele, Felix (Hg.): Aktive und passive Sterbehilfe Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte. München: Wilhelm Fink Verlag 2010, 117-134.
- Birnbacher, Dieter: Utilitaristische Ethik und Tötungsverbot. Zu Peter Singers 'Praktische Ethik'. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 1990, 205-218.
- Bojack, Barbara: Der Suizid im Kinder- und Jugendalter, Wismarer Diskussionspapiere. Wismar: Fakultät für Wirtschaftswissenschaften 2010/2.
- Bosshard, Georg: Begriffsbestimmungen in der Sterbehilfedebatte. In: Schweiz Med Forum 2005/5, 193-198.

Brade, Alexander; Roman, Friedrich: *Suizidhilfe-Erkenntnis des VfGH: Ein halbes Jahr später*. In: *RdM*. 2021/334 (6), 2021.

Buchmann, Knud Eike: *Gedanken zum Suizid, zum (ärztlich) assistierten Suizid und zur Sterbehilfe*. In: *Sterben und Tod*. Berlin, Heidelberg: Springer 2017, 77-87.

Bundesministerium für Gesundheit: *SUPRA. Suizidprävention Austria*. Wien: BMG 2011.

CFCEE - Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie: Neuvième rapport aux Chambres législatives 2018 – 2019. Brüssel: Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement 2020.

CFCEE - Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie: 2 mars 2021: EUTHANASIE – Chiffres de l'année 2020. Brüssel: Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement 2021.

Crepet, Paolo: *Das tödliche Gefühl der Leere*. Reinbek: Rowohlt 1996.

Czerner, Frank: *Aktive Sterbehilfe auch gegenüber Kindern? Zur Übertragbarkeit der aktuellen Diskussion in den Niederlanden auf die Bundesrepublik Deutschland unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten*. In: *MedR* 2001/19(7), 354-360.
<https://doi.org/10.1007/s003500000353>

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2022): *Im Blickpunkt: Sterbehilfe*. Abgerufen unter: <https://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/sterbehilfe-fuer-minderjaehrige> [letzter Zugriff: 20.03.2022]

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2022): *Sterbehilfe für Minderjährige*. Abgerufen unter: <https://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/sterbehilfe-fuer-minderjaehrige> [letzter Zugriff: 15.03.2022]

Dokalik, Dietmar; Mokrejs-Weinhappel, Caroline; Rom, Brigitte: *Die Errichtung einer Sterbeverfügung und der neue Tatbestand des § 78 StGB*. In: *ÖJZ* 2022/23 (3).

Druml, Christine: *Stellungnahme der Bioethikkommission zum Entwurf eines Sterbeverfügungsgesetzes*. Wien: Bioethikkommission 2021.

Dworkin, Ronald: *Die Grenzen des Lebens: Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit*. Hamburg: Rowohlt 1994.

Elger, Bernice Simone; Grabherr, Silke: *Assistierter Suizid und Sterbehilfe in einer alternden Gesellschaft*. In: *Rechtsmedizin* 2017/28(2), 87-93.

Ernst, Stephan: *Am Anfang und Ende des Lebens - Grundfragen medizinischer Ethik*. Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag 2020.

Finger, Catrin: *Evaluation der Praxis der aktiven Sterbehilfe und der Hilfe bei der Suizidtötung in den Niederlanden für das Jahr 2001.* In: *Medizinrecht*, 2004/22(07), 379-382.
<https://doi.org/10.1007/s00350-004-1203-9>

Finzen, Asmus: *Die neue Euthanasie Euthanasie in Belgien – Wie steht es um die psychisch Kranken?* In: *Psychiat. Prax.* 2015/ 42(8), 411-412. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552763>

Fuchs, Robert: *Euthanasie und Suizidbeihilfe. Das Beispiel der Niederlande und die Ethik des Sterbens.* In: Thomas; Spaemann; Robert, Fuchs (Hg.): *Töten oder Sterbenlassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht.* Bd. 4571, Freiburg: Herder/Spektrum 1997, 31-107.

Gavela, Kallia: *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim.* Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 2013. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-31173-4>

Grundmann, Antonia: *Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Suizidtötung*, Köln: Inaugural-Dissertation Universität Trier 2003.

Hauskeller, Michael: *I prefer not to – Tötungsverbot und Personbegriff in der Ethik Peter Singers.* In: Albert, Hans; Elm, Ludwig; Grille, Dietrich (Hg.): *Aufklärung und Kritik.* Nürnberg: Zeitschrift für freies Denken und humanistische Philosophie 1995.

Heller, Andreas; Wegleitner, Klaus Jürgen: *Sterben und Tod im gesellschaftlichen Wandel.* In: *Bundesgesundheitsbl.* 2017/ 60(1), 11-17. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2484-7>

Hemerén, Göran: *Die Debatte über die Würde.* In: *Blickpunkt Ethik: Euthanasie. Band 1. Ethische und menschliche Aspekte.* Münster: Lit 2005, 37-58.

Hildt, Elisabeth: *Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung.* Bd. 19. Frankfurt, New York: Campus Verlag 2006.

Hinderer, Petra; Kroth, Martina: *Kinder bei Tod und Trauer begleiten: konkrete Hilfestellung in Trauersituationen für Kindergarten, Grundschule und zu Hause.* Münster: Ökotopia Verlag 2005.

Höffe, Otfried: *Einführung in die utilitaristische Ethik. Klassische und zeitgenössische Texte.* 2. Aufl. Tübingen: Francke 1992.

Köck, Jacqueline: *Wenn Kinder sterben wollen! Veranschaulichung des Themas Sterbehilfe mit Einblick in eine neue Kontroverse [Diplomarbeit].* Graz 2017

Kuhse, Helga: *Die Lehre von der „Heiligkeit des Lebens“.* In: Leist, Anton (Hg.): *Um Leben und Tod. Morale Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord.* Frankfurt am Main: Suhrkamp 1990.

Kummer, Susanne: *Ex in the City*. In: Hoffmann, Thomas Sören; Knaup, Marcus (Hg.): *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*. Wiesbaden: Springer 2015, 19-48.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-09777-6_2

Lewisch, Peter: *Quo vadis "strafbare Suizidhilfe"? Vom VfGH-Erk zur Neuregelung*. In: *ÖJZ* 2021/124 (21).

Lindemann, Michael: *Rechtsanwendung. Zur Rechtswirklichkeit von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid in den Niederlanden*. In: *ZStW* 2005/117(1), 208-235.

Lübbe, Andreas S.: *Palliativmedizin als Angebot gegen eine Normalisierung des Tötens*. In: Hoffmann, Thomas Sören; Knaup, Marcus (Hg.) *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*. Wiesbaden: Springer 2015, 151-170. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09777-6_8

Marckmann, Georg (2000): *Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik?* In: *ÄBW* 2000/12(74).<https://www egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/prinzipienethik-2013.pdf>

Mieth, Dietmar: *Perspektiven der klinischen Sterbehilfe aus Sicht des Sozialethikers*. In: Schumpelick, Volker (Hg.): *Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde. Ein deutsch-niederländischer Dialog. Akten des Symposiums vom 5.-8. Oktober 2002 in Cadenabbia*. Freiburg, Basel, Wien: Herder 2003.

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE: *Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr.9/2005*. Bern.

Neitzke, Gerald; Coors, Michael u. a.: *Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.* In: *Ethik Med* 2013/25(4), 349-365. <https://doi.org/10.1007/s00481-013-0256-6>

Niethammer, Dietrich: *Speaking Honestly with Sick and Dying Children and Adolescents: Unlocking the Silence*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press 2012.

Oduncu, Fuat S.: *Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht*. In: *MedR* 2005/23(9), 516-524. <https://doi.org/10.1007/s00350-005-1477-6>

Oduncu, Fuat S.: *In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung*. Göttingen: Vanderhoek & Ruprecht 2007.

Pressemitteilung des DKHV e.V - Deutscher Kinderhospizverein: *Assistierter Suizid: Das Leben ist alternativlos*. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2016/17(06), 279.

Prat, Enrique: *Die Freiheit im Widerspruch: ein Selbstbestimmungsrecht, sich selbst zu töten?* In: *Imago Hominis* 2014/21(4), 245-248.

Quill, Timothy: *Das Sterben erleichtern. Plädoyer für einen würdevollen Tod*. München: Droemer Knaur 1994.

Rhiel, Lukas: *Das Dammbruch-oder Slippery-Slope-Argument in der Debatte zur Sterbehilfe. Vorgänge 2*. 2015(210), 163-172.

Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (Hg.): *Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe RTE. Jahresbericht 2020*. Rotterdam: Xerox/OBT 2021.

Röseberg, Franziska; Müller, Monika: *Handbuch Kindertrauer: Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2014.

Ruß, Hans Günther: *Aktive Sterbehilfe: Ungereimtheiten in der Euthanasie-Debatte*. In: *Ethik Med* 2002/14(1), 11-19. <https://doi.org/10.1007/s00481-002-0145-x>

Schneider, Barbara; Reif, Andreas u. a.: Warum brauchen wir Leitlinien für Suizidprävention? In: *Bundesgesundheitsbl. 2022/65*, 58-66. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03468-w>

Schroth, Ulrich: *Assistierter Suizid und das Recht auf selbstbestimmtes Sterben*. In: *Gesundheitsrecht (Köln)*, 2020/19(8), 477-485. <https://doi.org/10.9785/gesr-2020-190804>

Spaemann, Christian: *Patientenautonomie und unerträgliches Leid. Sterbehilfe auf tönenen Füßen*. In: Hoffmann, Thomas Sören; Knaup, Marcus (Hg.): *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*. Wiesbaden: Springer 2015, 171-186. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09777-6_9

Spaemann, Robert; Hohendorf, Gerrit u. a.: *Vom guten Sterben. Warum es keinen assistierten Tod geben darf*. Freiburg, Basel u. a.: Herder 2016.

Stadler, Hans: *Sterbehilfe – welche Rolle übernimmt der Arzt?* In: *Schweizerische Ärztezeitung*, 2018/99(6), 194. <https://doi.org/10.4414/saez.2018.06417>

StVfG: BGBI. I Nr. 242/2021: Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG). In: RIS (Rechtsinformation des Bundes). Abgerufen unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011782> [letzter Zugriff: 03.08.2022].

Thiele, Felix: *Aktive Sterbehilfe. Eine kritische Prüfung einiger moralphilosophischer Einwände*. In: Thiele, Felix (Hg.): *Aktive und passive Sterbehilfe Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*. München: Wilhelm Fink Verlag 2010, 11-30.

Tipold: *Die strafrechtliche Verantwortung*. In: Aigner, Gerhard; Kletečka, Andreas; Kletečka-Pulker, Maria; Memmer, Michael: *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*. Wien: Manz 2021.

Verfassungsgerichtshof Österreich: *Grundrechte*. 2012. Abgerufen unter: <https://www.vfgh.gv.at/verfassungsgerichtshof/rechtsgrundlagen/grundrechte.de.html> [letzter Zugriff: 12.08.2022]

Wallner, Jürgen: *Die richtigen Worte für medizinische Entscheidungen am Lebensende finden*. In: *Wiener klinische Wochenschrift*. 2008/120, 647-654. <https://doi.org/10.1007/s00508-008-1090-6>

Weiffen, Michael: *Sterbehilfe. Rechtliche Regelungen*. In: *Im Blickpunkt: Sterbehilfe*, hg. v.: Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2020. Abgerufen unter: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> [letzter Zugriff: 27.02.2022]

Wiesemann, Claudia: *Welcher Menschenwürde-Begriff taugt für Kinder?* In: Kipke, Roland; Röttger, Nele; Wagner, Johanna u. a. (Hg.): *ZusammenDenken. Festschrift für Ralf Stoecker*. Wiesbaden: Springer 2021, 181-203.

Wittwer, Héctor; Schäfer, Daniel u.a.: *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik*. 2. Aufl., Berlin: J. B. Metzler Verlag 2020.

11 Abstract

Das Ziel dieser Arbeit ist die Auseinandersetzung mit der Fragestellung, ob die weitreichende Legalisierung des assistierten Suizids neben der Konsequenz der Liberalisierung des Umganges mit dem Sterben sowie der erneut bestärkten Rolle der freien Selbstbestimmung vorschnellen Zugang zur Sterbehilfe bei jungen Erwachsenen und auch Kindern eröffnet oder ob Kriterien missbräuchlichen Gebrauch verhindern. Thematisch setzt sich die Arbeit daraus zusammen, dass die ethischen Positionen, die für und gegen die Option der Sterbehilfe sprechen, hinsichtlich einer ethischen Legitimation analysiert werden. Nach der Beschreibung der aktuellen Gesetzeslagen in Österreich, in den Niederlanden und in Belgien sollen Statistiken, die sich auf Fallzahlen aus den Niederlanden und aus Belgien beziehen, ausgewertet sowie die Entwicklungen in diesen Ländern auf die Lage in Österreich untersucht werden. In Anbetracht der möglichen Negativfolgen wird die gesetzliche Ausführung kritisch untersucht. Schlussendlich wird in einer ethischen Diskussion aufgezeigt, dass die aktuelle Entwicklung in den Niederlanden und in Belgien als ein warnendes Exempel hinsichtlich einer gesetzlichen Ausweitung auf Kinder und Jugendliche in Österreich statuieren soll. Infolgedessen, dass die gezogenen Kriterien zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit und Gewährung der Suizidbeihilfe einen verantwortungsvollen Weg schaffen, jedoch die Gefahren von Missbräuchen, Fehlbeurteilungen und auch die Möglichkeit einer gesetzlichen Ausweitung nicht verhindern können, sollen in einem letzten Schritt mögliche Präventionsmaßnahmen aufgezeigt werden.

The aim of this thesis is to address the question of whether the legalization of assisted suicide, in addition to liberalizing the approach to dying and reaffirming the role of self-determination, opens up hasty access to euthanasia among young adults and also children or whether criteria prevent abusive use. The present thesis analyzes the ethical positions that speak for and against the option of euthanasia with regard to a socio-ethical legitimacy. First, the current legal situations in Austria, the Netherlands, and Belgium are outlined. Then, statistics which refer to case numbers in the Netherlands and Belgium are evaluated, and the developments in these countries is examined the situation in Austria. Next, in view of the possible negative consequences, the legal implementation is critically examined. An ethical discussion then shows that the current developments in the Netherlands and Belgium should serve as a warning example regarding a legal extension to children and adolescents in Austria. While the legal criteria for the assessment of decision-making capacity and for granting assisted suicide help exercising assisted suicide in a responsible way, it cannot prevent the dangers of abuse,

misjudgement and also the possibility of a legal extension. Therefore, in a final step, possible preventive measures of suicide are pointed out.