

Diplomarbeit

Ärztlich assistierter Suizid in medizinischer, rechtlicher und ethischer Debatte

eingereicht von

Anna Katharina Kohl

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor(in) der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Humangenetik

unter Anleitung von

Sen. Lecture MMag. Dr. Julian Wenninger MA

und Ao. Univ. Prof. Mag. DDr. Erwin Petek

Essen, 13.06.2017

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Essen, am 13.06.2017

Anna Katharina Kohl eh

ABSTRACT

Ärztlich assistierter Suizid in medizinischer, rechtlicher und ethischer Debatte

Von Anna Katharina Kohl

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über die rechtliche Lage bezüglich der Sterbehilfe in den Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz und vergleicht diese. In Deutschland änderte sich die Gesetzeslage im November 2015, worauf detailliert eingegangen wird. Der zweite große Teil der Arbeit befasst sich mit den ethischen und moralischen Bewertungen der Sterbehilfe, insbesondere mit denen des assistierten Suizids. Ein besonderer Augenmerk liegt dabei auf der Prinzipienethik Beauchamps und Childress, sowie auf den Hauptargumentationssträngen Autonomie, Würde des Menschen, Unantastbarkeit des Lebens und Slippery Slope, die die Diskussion um die Sterbehilfe prägen. In dieser Arbeit werden oben genannte Argumente, da häufig von Fürsprechern sowie Gegnern herangezogen, gegenüber gestellt und verglichen.

Die Basis der Diplomarbeit ist eine Literaturrecherche mit dem Ziel einer fundierten Zusammenfassung relevanter Informationen bezüglich der Sterbehilfe, insbesondere um angehenden Medizinern eine Orientierungshilfe zur persönlichen Meinungsbildung zu bieten.

Suicide Assisted by Medical Professionals in a Medical, Legal and Ethical Debate

By Anna Katharina Kohl

This paper gives an overview of and compares the legal situation regarding euthanasia in the countries of Germany, Austria and Switzerland. In Germany, the legal situation has been changed in November 2015, which will be dealt with in detail. The second part of the paper describes ethical as well as moral evaluations of euthanasia, especially of assisted suicide. Beauchamps and Childress' ethics of principle and the main lines of argument based on autonomy, dignity of men, unimpeachability of life and slippery slope, which shape most discussions about euthanasia, are focused on. The paper compares and contrasts these arguments, as they are frequently used both by supporters and opponents of euthanasia.

This paper is based on a literature research with the aim of giving a thorough summary of relevant information regarding euthanasia, especially to provide future medical professionals with an orientation for the process of forming their personal opinion.

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VIII
TABELLENVERZEICHNIS	IX
DANKSAGUNG	X
1 EINLEITUNG	- 11 -
1.1 Struktur	- 12 -
1.2 Abgrenzungen (zu anderen Fragestellungen).....	- 13 -
1.3 Definitionen	- 14 -
1.3.1 Sterbehilfe.....	- 14 -
1.3.1.1 Aktive Sterbehilfe	- 14 -
1.3.1.2 Tötung auf Verlangen	- 14 -
1.3.1.3 Passive Sterbehilfe	- 15 -
1.3.1.4 Indirekte Sterbehilfe	- 15 -
1.3.1.5 Assistierter Suizid	- 16 -
1.3.2 Euthanasie.....	- 16 -
1.3.3 Palliativmedizin.....	- 16 -
1.3.4 Palliative Sedierung.....	- 16 -
1.3.5 Patientenverfügung.....	- 17 -
1.3.6 Vorsorgevollmacht	- 17 -
1.3.7 Betreuungsverfügung.....	- 17 -
2 GESCHICHTE	- 17 -
2.1 Antike	- 18 -
2.2 Mittelalter.....	- 19 -
2.3 Neuzeit.....	- 19 -
2.4 Aufklärung.....	- 20 -
2.5 19./20. Jahrhundert.....	- 20 -
2.6 NS-Zeit.....	- 20 -
3 RECHTLICHE LAGE	- 21 -
3.1 Deutschland	- 21 -
3.1.1 Aktuelle Rechtslage.....	- 22 -
3.1.2 abgelehnte Entwürfe	- 23 -
3.1.3 Medizinrecht.....	- 26 -
3.1.4 Konsequenzen und Reaktionen.....	- 27 -
3.2 Österreich.....	- 29 -
3.2.1 Rechtliche Lage	- 29 -
3.2.2 Stellungnahmen	- 29 -
3.3 Schweiz.....	- 31 -
3.3.1 rechtliche Lage	- 31 -
3.3.2 Dignitas und Exit.....	- 33 -
3.4 andere Länder und Europa	- 35 -
3.4.1 Belgien.....	- 35 -
3.4.2 Niederlande.....	- 36 -

3.4.3	Luxemburg	- 36 -
3.4.4	Frankreich.....	- 36 -
3.4.5	Großbritannien.....	- 36 -
3.4.6	Italien.....	- 36 -
3.4.7	USA.....	- 37 -
3.4.8	Australien	- 37 -
3.4.9	Schweden.....	- 37 -
3.4.10	Europarecht.....	- 37 -
3.5	Patientenverfügung	- 38 -
3.5.1	Deutschland	- 38 -
3.5.2	Österreich	- 39 -
3.5.2.1	Verbindliche Patientenverfügung	- 40 -
3.5.2.2	Beachtliche Patientenverfügung	- 40 -
3.5.3	Schweiz.....	- 40 -
3.6	Statistik und Umfragen	- 41 -
3.6.1	Deutschland	- 41 -
3.6.2	Österreich	- 42 -
3.6.3	Schweiz.....	- 43 -
3.6.4	Niederlande.....	- 43 -
3.6.5	Oregon.....	- 44 -
4	ETHIK	- 45 -
4.1	Pflichtethik Kants.....	- 46 -
4.1.1	Einordnung (assistierter) Suizid	- 47 -
4.2	Utilitarismus.....	- 48 -
4.2.1	Einordnung (assistierter) Suizid	- 49 -
4.3	Schwachstellen.....	- 50 -
4.4	Prinzipienethik	- 53 -
4.4.1	Autonomie	- 53 -
4.4.2	Nicht-Schaden	- 55 -
4.4.3	Fürsorge.....	- 57 -
4.4.4	Gerechtigkeit	- 58 -
4.4.5	Einordnung (assistierter) Suizid	- 60 -
4.5	Peter Singer.....	- 63 -
4.5.1	Begriffsdefinitionen.....	- 63 -
4.5.1.1	Freiwillige Euthanasie	- 64 -
4.5.1.2	unfreiwillige Euthanasie	- 64 -
4.5.1.3	nichtfreiwillige Euthanasie	- 64 -
4.5.2	Einordnung der Euthanasieformen	- 65 -
5	NEUE TERMINOLOGIE	- 67 -
5.1	Sterbebegleitung	- 67 -
5.2	Therapie am Lebensende	- 68 -
5.3	Sterben zulassen.....	- 68 -
5.4	Einordnung.....	- 68 -
6	ZUSAMMENFASSUNG	- 69 -
6.1	Autonomie	- 69 -
6.2	Unantastbarkeit des Lebens	- 71 -

6.3	Würde	- 73 -
6.4	Slippery Slope.....	- 75 -
6.5	Fazit	- 76 -
6.6	Ausblick.....	- 79 -
6.7	Persönliches Fazit	- 81 -
7	LITERATURVERZEICHNIS	LXXXVIII
8	GLOSSAR.....	XCIX

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Freitodbegleitung Dignitas	- 43 -
Abbildung 2 Sterbehilfe Niederlande	- 44 -
Abbildung 3 Assistierter Suizid Oregon	- 45 -

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Übersicht rechtliche Lage	-- 77 --
Tabelle 2 Einstellung und Argumentation assistierter Suizid.....	-- 78 --

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich allen Freunden und Bekannten, sowie meiner Familie danken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit auf viele unterschiedliche Arten unterstützten.

Besonderer Dank gilt Herrn Sen. Lecturer MMag. Dr. Julian Wenninger MA, sowie Herrn Ao. Univ. Prof. Mag. DDr. Erwin Petek, die diese Arbeit auf unkomplizierte und kompetente Weise betreuten.

1 EINLEITUNG

Gibt man den Begriff Sterbehilfe in die Suchmaschine Google ein, erhält man ca. 851 000 Treffer (Stand April 2017). Neben Websites, die Definitionen bieten, oder solchen, die sich in irgendeiner Form positionieren, sind viele dieser Treffer Online-Zeitungsartikel. Das Thema scheint einen hohen Stellenwert in der öffentlichen Berichterstattung einzunehmen und sorgt immer wieder für Schlagzeilen.

Leben und Sterben in Würde, die Unantastbarkeit des Lebens, Selbstbestimmung und Fremdbestimmung sind nur einige Schlagwörter, die die Diskussion beherrschen und sie zeitweise emotional werden lassen (Beauchamp, 2007, p. 77) (Borasio, 2009, pp. 235 - 242) (Dyck, 2002, p. 58 ff) (Spaemann & Fuchs, 1998, pp. 13 - 30). Die Thematik trifft und betrifft viele Menschen, die sich und ihre Angehörigen dadurch mit eigener Sterblichkeit konfrontiert sehen. Und dies in einer Gesellschaft, in der der Tod sowie das Sterben immer weiter in den Hintergrund gedrängt werden.

Trotzdem nimmt das Thema an Bedeutung zu. Vorangetrieben durch immer weiteren medizinischen Fortschritt und der Frage nach dem sinnvollen Umgang immer größerer Möglichkeiten, gerade im Hinblick auf die Sterblichkeiten des Menschen, sind die meisten Menschen früher oder später in ihrem Leben mit der Frage des „Wie Sterbens“ konfrontiert und auch für Mediziner rückt dieser Bereich, der auch zum Leben dazugehört, immer mehr in den Fokus.

Ethisch und rechtlich kommt es immer wieder zu Neueinordnungen und –bewertungen der Sterbehilfe, insbesondere der Formen assistierten Suizids und Tötung auf Verlangen. Im Februar 2015 nahm die Bioethikkommission Österreichs Stellung zu der Thematik und im selben Jahr stimmte auch der deutsche Bundestag über eine neue Gesetzgebung bezüglich der Sterbehilfe ab.

Im Vorfeld waren viele Stimmen sowohl Befürworter als auch Gegner zu vernehmen, die ihre Standpunkte, teilweise sehr öffentlichkeitswirksam, darlegten.

Im Rahmen dieser Diskussion wurde dem deutschen Bundestag im Oktober 2015 ein Brief des CDU-Mitglieds Wolfgang Kramer zugestellt, der im September 2015 mit Hilfe der Organisation Dignitas in der Schweiz durch assistierten Suizid verstarb. Kramer litt nach

eigenen Angaben an einer Spinalkanalverengung an vier Halswirbeln, auf Grund derer immer mehr Lähmungserscheinungen auftraten.

„Ich bin der Auffassung, dass sich das Recht auf Selbstbestimmung am Ende des Lebens aus dem Grundgesetz und der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ergibt. Ohne Suizidassistenten konnte ich dieses Recht nicht sicher ausüben.“ (Kramer, 2015) Kramer spricht im weiteren eine Warnung aus, falsche Kompromisse einzugehen und betont es dürfe keine Pflicht zum Leben geben. In modernen Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas sieht er einen Fortschritt, der nicht wieder zurück gedreht werden dürfe.

Die primäre Absicht Kramers scheint klar. Als Befürworter des assistierten Suizids richtet er seinen Appell, sozusagen aus dem Grab heraus, an den Bundestag, in der anstehenden Bundestagsdebatte und der darauf folgenden Abstimmung die richtige Entscheidung zu treffen (Vgl. ebd.).

Welche Argumente sowohl rechtlich, als auch ethisch für oder gegen die unterschiedlichen Arten der Sterbehilfe sprechen soll im Folgenden Gegenstand dieser Arbeit sein.

1.1 STRUKTUR

Nach den gängigen Definitionen und einem kurzen Abriss über die Geschichte des Suizids und der Sterbehilfe geht es im ersten Teil der Arbeit um die rechtliche Lage im Bezug auf Sterbehilfe mit besonderem Fokus auf den drei Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz. Dieser gibt Einblick in einen sehr unterschiedlichen Umgang mit der Thematik und der strafrechtlichen Verfolgung in den entsprechenden Ländern. Kurz wird eingegangen auf die rechtlichen Regelungen anderer Länder und die bisherige Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, der immer wieder als Instanz angerufen wird, wenn die Rechtsprechung im eigenen Land nicht zu dem gewünschten Ergebnis kommt.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit den unterschiedlichen ethischen Strömungen und ihren Einstellungen zur Sterbehilfe. Ein Schwerpunkt wird hierbei gelegt auf die relativ aktuelle Prinzipienethik von Beauchamp und Childress und den Konflikt zwischen Nicht-Schaden und Autonomie, sowie auf die vielfältigen anderen Argumentationsansätze, die von unterschiedlichen Stellen in die Diskussion eingebracht werden.

Der abschließende dritte Teil fasst die unterschiedlichen Hauptargumente noch einmal strukturiert zusammen und stellt sie gegenüber. Dieser Teil enthält außerdem meine per-

sönliche Meinung zum Thema des assistierten Suizids, die sich im Laufe der Recherche für diese Arbeit, gebildet hat.

1.2 ABGRENZUNGEN (ZU ANDEREN FRAGESTELLUNGEN)

Wie oben bereits angedeutet ist die Thematik der Sterbehilfe sehr komplex und weitläufig. Diesem in der Kürze der Arbeit gerecht zu werden, erfordert einige Einschränkungen und Abgrenzungen zu Themen, die zwar in engem Zusammenhang zur Sterbehilfe stehen, jedoch durchaus eine eigene Arbeit füllen würden.

Im ersten Teil der Arbeit wurde bewusst auf eine Bewertung oder Gegenüberstellung der einzelnen Rechtsansichten verzichtet. Dies hätte zu einer sehr juristisch betonten Arbeit geführt und zusammen mit der moralischen Darstellung den Rahmen gesprengt. Viel eher soll dieser erste Teil einen Überblick geben, wie die rechtliche Lage in den einzelnen Ländern gestaltet ist und welche Gesetze, Normen und Handlungsanweisungen, vor allem von Ärzten/Ärztinnen, zu beachten sind.

Bei der moralischen Bewertung eines solch differenzierten Themas stellt sich, auch auf Grund der vielen unterschiedlichen rechtlichen Regelungen und Stellungnahmen, die Frage inwieweit von einer universellen Moralvorstellung ausgegangen werden kann, bzw. welche Rolle kulturelle oder religiöse Aspekte spielen. Auch dies ist eine Frage, die im Rahmen dieser Arbeit sicher nicht ergiebig behandelt werden kann. Relevant ist erst einmal zu erkennen und anzuerkennen, dass aus den unterschiedlichsten Beweggründen heraus verschiedene Meinungen und ethische Überzeugungen zu der Thematik zu finden sind.

Ausgeklammert wurden auch die Teilaspekte eines Suizids bei psychischen Erkrankungen, sowie der assistierte Suizid bzw. die Tötung auf Verlangen Minderjähriger. In beiden Fällen würde ethisch vor allem die Frage nach der Autonomie in den Vordergrund gerückt, welche gerade bei solch sensiblen Themen wie psychischen Erkrankungen und Minderjährigen ebenfalls jeweils eine eigene Arbeit füllen könnte.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich jedoch hauptsächlich mit dem Suizid erwachsener einwilligungsfähiger Menschen, deren Autonomie häufig vorausgesetzt wird. Inwieweit dies tatsächlich der Fall ist, wird an unterschiedlichen Stellen thematisiert.

Auch die Palliativmedizin, die einen immer höheren Stellenwert in der Medizin einnimmt und eng mit dem behandelten Thema verbunden ist, wird nur an einigen Stellen kurz gestreift. In diesem Zusammenhang wird der Vorgang der palliativen Sedierung ebenfalls nur kurz angerissen. Unbestritten bleiben soll dabei die immense Wichtigkeit der Palliativmedizin bei infausten Prognosen und schwerem Leiden, es scheint jedoch auch, dass sie nicht für alle Patienten/Patientinnen zur Lösung ihres Problems führen kann.

1.3 DEFINITIONEN

Um sich weiter mit dem Thema zu beschäftigen, müssen zunächst einige Begriffe definiert werden, damit abgrenzbar ist, wann welcher Sachverhalt beschrieben wird. Hier werden nun die gängigen Begriffe definiert, in Kapitel 4.6.2 geht es dann um die Frage, ob neue Begrifflichkeiten in dieser Diskussion nötig sind, wie es einige Ethikkommissionen vorschlagen.

1.3.1 STERBEHILFE

„Jede Handlung, sei es durch aktives Tun oder durch Unterlassen, zum Beschleunigen des Ablebens eines Todkranken.“ (Lilie & Radke, 2005, p. 151) Sowohl rechtlich als auch medizinisch wird die Sterbehilfe jedoch noch weiter unterteilt.

1.3.1.1 AKTIVE STERBEHILFE

Unter aktiver Sterbehilfe wird die gezielte Tötung einer Person verstanden. Dabei wird z.B. ein tödliches Medikament verabreicht. Dies ist in den meisten Ländern strafbar, auch wenn die Handlung dem geäußerten Willen des Patienten/der Patientin entspricht. In solch einem Fall liege dann eine Tötung auf Verlangen vor (Lilie & Radke, 2005, p. 151).

1.3.1.2 TÖTUNG AUF VERLANGEN

Dies beschreibt die Tötung auf Wunsch des Patienten/der Patientin. Diese Tat ist rechtlich gegenüber dem Totschlag durch ein geringeres Strafmaß privilegiert, wird jedoch in den meisten Ländern strafrechtlich verfolgt. Schwierig hierbei ist die Abgrenzung zur Beihilfe zum Suizid, die in einigen Ländern, z.B. in Deutschland, straffrei ist. Gemeinhin werde hierbei die Tatherrschaft als entscheidendes Kriterium gesehen (Vgl. ebd., p.166).

In Unterscheidung zur passiven Sterbehilfe stirbt der Patient/die Patientin bei der Tötung auf Verlangen durch die aktive Sterbehilfe und nicht an seiner/ihrer Erkrankung (Maio, 2012, p. 344).

Beispiel: Zu Tötung auf Verlangen zählt die Verabreichung eines tödlichen Medikamentes auf direkt geäußerten Wunsch des Patienten/der Patientin. In Folge verstirbt dieser/diese an der Wirkung des Medikaments.

1.3.1.3 PASSIVE STERBEHILFE

Die passive Sterbehilfe entspricht einem Sterbenlassen nach Patientenwillen durch Nicht-einleiten oder Abbruch lebensverlängernder bzw. lebenserhaltender Maßnahmen (Lilie & Radke, 2005, p. 151). Wichtig zu erwähnen ist, dass es hierbei nicht um die Aktivität oder Passivität der Handlung an sich geht, sondern um die Intention des Sterbenlassens, wobei der Patient/die Patientin letztendlich an seiner Erkrankung verstirbt (Maio, 2012, p. 339 ff). Dies geschieht bei Patienten/Patientinnen mit infauster Prognose und zeitnah erwartetem Tod. Problematisch sei dies in Fällen, bei denen der Sterbeprozess noch nicht begonnen habe (Lilie & Radke, 2005, p. 151).

Beispiel: Unter die passive Sterbehilfe fällt das Abschalten der Beatmungseinheit ebenso wie das unterlassene Intubieren, das Ziehen einer Magensonde oder die Beendigung von Medikamentengabe, abgesehen von der Schmerzmedikation, die immer indiziert ist, sollte der Patient/die Patientin Schmerzen leiden.

1.3.1.4 INDIREKTE STERBEHILFE

Indirekte Sterbehilfe liegt vor, wenn nicht auszuschließen ist, dass die Gabe eines schmerzlindernden Medikamentes die Lebenszeit verkürzt. Das heißt, dass der Tod zwar nicht gewollt, aber zur Erreichung des Ziels der Schmerzfreiheit in Kauf genommen wird (Vgl. ebd., p. 151).

Beispiel: Unter indirekter Sterbehilfe wird die Verabreichung eines schmerzstillenden Medikamentes mit der Intention der Schmerzstillung bezeichnet. Der Tod ist eine nicht beabsichtigte Nebenwirkung.

1.3.1.5 ASSISTIERTER SUIZID

Der assistierte Suizid stellt eine Beihilfe zur Selbsttötung dar. Ein Helfer/eine Helferin unterstützt die sterbewillige Person bei seinem Suizid, dabei liegt das Tatgeschehen zu jeder Zeit bei dem Suizidenten/der Suizidenten. Ist die helfende Person Arzt/Ärztin, spricht man von ärztlich assistiertem Suizid (Maio, 2012, p. 346f).

Beispiel: Von assistiertem Suizid wird gesprochen, wenn einem Patient/einer Patientin, der/die einen Sterbewunsch geäußert hat, ein tödliches Mittel zur Verfügung gestellt wird, er/sie dieses selbst einnimmt und in Folge an der Wirkung des Medikaments verstirbt.

1.3.2 EUTHANASIE

Aus dem griechischen „eu-thanatos“ zu übersetzen mit „gutes Sterben“ durchlief dieser Begriff im Laufe der Zeit einige Bedeutungsänderungen. In der Antike wurde durch ihn jedoch ein guter, ehrenvoller und schneller Tod beschrieben, der nicht in Relation zu ärztlichem Handeln oder gar Tötung gegen Willen eines Menschen stand (Gerabek et al, 2004, p. 382f).

1.3.3 PALLIATIVMEDIZIN

Als Palliativmedizin wird eine angemessene medizinische Versorgung von Patienten/Patientinnen mit unheilbarer, fortschreitender und zum Tode führender Erkrankung verstanden. Dies schließt sowohl Beschwerden körperlicher, als auch psychologischer und spiritueller Art ein, ebenso wie die Betreuung Angehöriger (Pott, 2013, pp. 5, 9f).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliativmedizin wie folgt: „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind ...“ (Vgl. ebd., p. 8)

1.3.4 PALLIATIVE SEDIERUNG

Unter palliativer Sedierung wird eine gezielte Bewusstseinsreduktion durch Medikamente bei Patienten/Patientinnen verstanden, deren Leiden und Symptome nicht anders zu kontrollieren sind. Die palliative Sedierung sei als Mittel letzter Wahl zu sehen, wenn alle anderen therapeutischen Maßnahmen nicht mehr suffizient helfen (Klinkhammer, 2014).

1.3.5 PATIENTENVERFÜGUNG

Nach deutschem BGB §1901a ist die Patientenverfügung eine schriftlich abgefasste Vorausserklärung, die den Willen des Patienten/der Patientin für eine in der Zukunft eintretende Situation festlegt. Daran gebunden sind Vertreter, Ärzte, Heime und Pflegepersonal (Putz & Steldinger, 2016, p. 52).

1.3.6 VORSORGEVOLLMACHT

Als Vorsorgevollmacht wird ein Dokument bezeichnet, das juristisch wirksam die Übernahme von Entscheidungen bei Volljährigen, die nicht mehr einwilligungsfähig sind durch eine zuvor bestimmte Person regelt. Die Vollmacht kann für unterschiedliche Lebensbereiche erteilt werden, u.a. Gesundheitsfragen (Putz & Steldinger, 2016, p. 109ff).

1.3.7 BETREUUNGSVERFÜGUNG

Eine Betreuungsverfügung wird nötig, wenn ein Patient/eine Patientin nicht mehr einwilligungsfähig ist, keine Vollmacht ausgestellt hat oder keine eindeutige Patientenverfügung vorliegt (Jömann & Schöne-Seifert, 2013, p. 53ff). In einem solchen Fall ist durch § 1896 dt. BGB die Bestellung eines rechtlichen Betreuers durch das zuständige Betreuungsgericht zwingend notwendig (Putz & Steldinger, 2016, p. 109f).

2 GESCHICHTE

Auch im Laufe der Geschichte wurde die Thematik der Sterbehilfe durchaus kontrovers diskutiert. Neben starken Pro- und Contra-Stimmen fanden sich auch häufig subtile Beschäftigungen mit dem Thema und auch schon die Frage, ob und unter welchen Bedingungen ein Suizid rechtens sei (Faßpöhler, 2013, p. 22).

Dieses Kapitel zeigt, dass Euthanasie und Sterbehilfe eine Thematik ist, mit der sich die Menschheit schon immer beschäftigt hat. Es wird auch deutlich wie sehr der Umgang damit im Wandel ist und den Gegebenheiten der jeweiligen Epoche unterliegt.

Das Hauptaugenmerk ist hierbei gerichtet auf die Geschichte der westlichen Welt, da sich auch der restliche Teil der Arbeit vor allem mit den rechtlichen und moralischen Gegebenheiten dieses Teils der Welt beschäftigt.

2.1 ANTIKE

Das bekannteste Schriftstück aus dieser Zeit in Bezug auf die Medizin und ärztliches Handeln ist wohl der Eid des Hippokrates, der zeitlich in die erste Hälfte des 4. Jh. v. Chr. einzuordnen ist. In der Übersetzung von Charles Lichtenthaeler mit Modifikation von Karl-Heinz Levens heißt es: „Nie werde ich irgendjemandem, auch nicht auf Verlangen, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen“. (Jütte & Eckart, 2014) Eine Passage, die sich deutlich gegen ärztlich assistierten Suizid oder Begleitung eines Suizids ausspricht. Jedoch gab es durchaus Strömungen in dieser Zeit, wie die der Stoiker, die einem Suizid anders gegenüber standen. Sie sahen ein Recht und ggf. sogar eine Pflicht zum Suizid gegeben, wenn eine unheilbare Krankheit, unerträgliche Schmerzen oder unabwendbare Armut Grund der Entscheidung waren. Die Gründe mussten dem Senat vorgelegt werden, der dann über das Anliegen entschied und bei positivem Bescheid das Gift zur Verfügung stellte. In Griechenland war also der Suizid zu dieser Zeit unter bestimmten Bedingungen zulässig (Vgl. ebd., p. 33).

Der Eid des Hippokrates wurde im Genfer Ärztegelöbnis 1948 und 1968 neu formuliert und zeitgemäß überarbeitet. Er bildet damit heute noch Grundlage der ärztlichen Tätigkeit. 1968 heißt es bezüglich der Achtung des menschlichen Lebens:

„Ich werde die äußerste Achtung vor dem menschlichen Leben von der Empfängnis an bewahren und selbst unter Bedrohung meine ärztlichen Kenntnisse nicht in Widerspruch zu den Gesetzen der Menschlichkeit anwenden.“ (Schubert, 2005, p. 89)

Hierbei jetzt bereits auffällig ist die Abweichung im Bereich des Schutzes ungeborenen Lebens, sowie die Frage ob der Widerspruch zur Menschlichkeit nun in der Assistenz oder in dessen Verweigerung eines Suizides besteht. Darauf gehen die folgenden Kapitel näher ein.

Im römischen Reich war der Suizid eine Standesfrage. Während es Sklaven/Sklavinnen und Soldaten verboten war, da sie eine Pflicht gegenüber Staat und Gesellschaft zu erfüllen hatten, war es den anderen Ständen nicht explizit verboten und es gab öffentliche Stellen, denen bei Unklarheit ein Antrag auf Suizid vorzutragen war. Außerdem war der Suizid im römischen Reich auch eine Hinrichtungsstrategie. Der römische Philosoph Seneca stellte

die Dauer der Schmerzen als relevantes Kriterium der Rechtfertigung eines Suizids in den Vordergrund (Faßpöhler, 2013, p. 27). Eine Begründung, die sich auch in der heutigen Diskussion wiederfindet.

2.2 MITTELALTER

Das Mittelalter war eine stark religionsgeprägte Zeit, in der der Suizid weitgehend verboten und verpönt war. Zu Beginn des Mittelalters herrschte eine monastische Medizin vor, die vornehmlich in den Klöstern stattfand, in denen durchaus auch Sterbebegleitung, aber keine Beihilfe zu erwarten war (Jütte & Eckart, 2014). Das Verbot und die Verknüpfung mit Sünde wurden in der christlichen Tradition begründet und durch deren Vertreter stark propagiert. Thomas von Aquin stellte drei Thesen auf, warum ein Suizid nicht zu rechtfertigen sei. Der Mensch tue sich selbst Unrecht, da er gegen die Liebe handle. Er tue außerdem der Gesellschaft Unrecht, da er gegen die Liebe und deren Interessen handle und er sündige gegen Gott, der das Leben geschenkt habe (Faßpöhler, 2013, p. 30f). Vor allem der dritte Punkt findet sich auch in der heutigen Diskussion wieder, in jenen Positionen, die die Unantastbarkeit des Lebens und damit ein Suizidverbot in den Vordergrund bringen.

Es gab allerdings auch hier eine standbezogene Unterscheidung, denn während die Leichen bürgerlicher oder ärmerer Suizidenten/Suizidentinnen geschändet und deren Besitztümer eingezogen wurden, wurde der Suizid eines Ritters oder Adligen eher als ruhmreich gesehen und es kam weder zur Schändung noch zur Beschlagnahmung des Besitzes (Vgl. ebd., p. 30f).

2.3 NEUZEIT

In der Neuzeit kamen vermehrt auch andere Sichtweisen auf das Leben und Sterben auf. Vor allem die Humanisten konnten das Leben nicht mehr als unhinterfragbar sehen. Von der Kirche ausgehend bestand weiterhin ein Verbot, dass sich auch in den rechtlichen Rahmenbedingungen niederschlug, es kam immer noch zum Einzug der weltlichen Besitztümer eines Suizidenten/einer Suizidentin. Die andere Sicht, die mehr von Freiheitsdenken geprägt war, fand sich nun immer öfter auch in Literatur und Theater, u.a. auch in den Stücken Shakespeares. Außerdem kam es nun zum vermehrten Anerkennen der Melancholie als Krankheitsbild (Vgl. ebd., p. 32 - 28).

2.4 AUFKLÄRUNG

In dieser Zeit kommt es zur ersten Ablösung des Rechts von kirchlichen Positionen. Der Suizid wird in einigen Ländern als Straftat abgeschafft, auch durch die vermehrte Einordnung der Depression als Krankheit. Auch das Autonomiebestreben wird größer und von einigen zeitgenössischen Philosophen forciert, so auch von Charles de Montesquieu, der zugleich aber auch die Verantwortung des Einzelnen gegenüber der Gesellschaft betont (Vgl. ebd., p. 40 – 44).

2.5 19./20. JAHRHUNDERT

Der Suizid wanderte mehr in den Bereich der Wissenschaft, was allerdings nicht unbedingt zu einer Verbesserung der Situation führt. Das Leben psychisch erkrankter Menschen war geprägt von Diskriminierung und Schikane. Es gibt aber auch Theoretiker, die einen Suizid eher von Seite der Autonomie betrachten. Gerade die Nihilisten, unter ihnen auch Nietzsche, befürworteten den freiverantwortlichen Suizid. Die Kirche sieht ihn immer noch als sündhafte Handlung (Vgl. ebd.).

2.6 NS-ZEIT

Der Begriff der Euthanasie taucht in der Diskussion um Sterbehilfe immer wieder auf, hauptsächlich um die Unmöglichkeit einer Erlaubnis eines solchen Vorhabens zu verdeutlichen. Ursprünglich stammt der Begriff jedoch aus der Antike und beschreibt einen guten, ehrenvollen und schnellen Tod. Er beschrieb damals die Qualitäten eines Todes und hatte keinen Zusammenhang zur Sterbehilfe, welcher Art auch immer. Im Laufe der Zeit kam es zu einer Ausweitung des Begriffes, die sich zunächst auf eine Verabreichung schmerzlindernder Medikamente beschränkte. Später wurde dann aktive Sterbehilfe beschrieben und schon vor der Zeit der Nationalsozialisten gab es weitverbreitete Stimmen die „lebensunwertes“ Leben dem Tod freigegeben wollten, unter anderen Ploetz, Haeckl, Bindig et al.. 1933 kam durch das eugenische Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses eine Kaskade von Zwangssterilisationen und systematischer Tötung behinderter Kinder in Gang. In diesem Zusammenhang bekannt sind u.a. die Aktion Gnadentod, die T4-Aktion und in weiterer Folge eine Ausdehnung der systematischen Tötung auf immer neue Menschengruppen, die nicht in das Weltbild des Nationalsozialismus passten. Dieser Prozess gipfelte

in der Einrichtung der Konzentrationslager, in denen es zu einem systematischen Massenmord an eben jenen Gruppen kam (Eckart, 2013, p. 257ff) (Fuchs, 2009, pp. 108 - 111). Seit dieser Zeit ist der Begriff der Euthanasie vor allem im deutschen Sprachbereich mit einer stark negativen Konnotation verbunden und wird meistens von Sterbehilfegegnern/Sterbehilfegegnerinnen gebraucht. Es ist aber unbedingt erforderlich bei diesen Begriffen sehr genau zu differenzieren, da Euthanasie, sowohl im ursprünglichen als auch im heute gebrauchten Sinn, aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid unterschiedliche Handlungen bzw. Handlungsumstände beschreiben.

3 RECHTLICHE LAGE

Thema dieses Kapitels ist die Rechtslage zum ärztlich assistierten Suizid mit Schwerpunkt auf den Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz, sowie den Stellungnahmen unterschiedlicher öffentlicher Vereine, Kommissionen und Kirchen. Außerdem wird anhand von Umfragen, soweit vorhanden, die Meinung der Bevölkerung abgebildet.

3.1 DEUTSCHLAND

Die Gesetzeslage zum ärztlich assistierten Suizid wurde in Deutschland am 06.11.2015 durch Abstimmung des Bundestages geändert. Das neue Gesetz trat am 10.12.2015 in Kraft (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2015). Vorangegangen war mehr als ein Jahr intensiver Debatte über die Thematik. Dieser Abschnitt stellt die Gesetzentwürfe sowie die Konsequenzen des angenommen Entwurfes dar, geht auf die Folgen und Reaktionen ein und zeigt die rechtliche Einordnung auf.

Insgesamt gab es vier verschiedene Entwürfe; hätte keiner der Entwürfe die erforderliche Mehrheit bekommen, wäre die vorherige Rechtslage ohne Veränderungen beibehalten worden (Schuler, 2015).

Die Gesetzeslage bis Dezember 2015 wird im folgenden kurz skizziert. Bis zum 10.12.2015 waren nach §26 und §27 deutsches Strafgesetzbuch sowohl Suizid, als auch Beihilfe zu selbigem straffrei, Tötung auf Verlangen nach §216 deutsches Strafgesetzbuch

verboten. Letzteres würde dem Tatbestand aktiver Sterbehilfe entsprechen. Bei der passiven Sterbehilfe kommt rechtlich §34 StGB zu tragen, da nach Rechtsprechung des BGH die Lebensqualität höher zu setzen sei, als die Lebensdauer. Bei passiver Sterbehilfe ist für die Strafbarkeit eine Garantenpflicht nach § 13 StGB notwendig. Diese entsteht im Arzt-Patientenverhältnis durch die Behandlungsübernahme. Außerdem muss das Unterlassen zum aktiven Herbeiführen des Todes führen, sodass bei unmittelbarer Todesnähe der Abbruch der Behandlung für einen Arzt/eine Ärztin keine rechtlichen Konsequenzen nach sich zieht. Das Selbstbestimmungsrecht deckt den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen nach Willen des Patienten/ der Patientin ab (Janda, 2012). In der neuen Gesetzeslage bleiben die meisten der oben genannten Paragraphen unverändert, lediglich die Beihilfe zum Suizid wird unter der Voraussetzung, dass sie geschäftsmäßig ist, unter Strafe gestellt (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2015).

3.1.1 AKTUELLE RECHTSLAGE

Folgendes Gesetz wurde am 06.11.2015 vom Deutschen Bundestag mit 360 von 603 Stimmen (Stimmabgabe erfolgte ohne Fraktionszwang) verabschiedet.

„Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (Brand et al., 2015)“

Die Autoren/Autorinnen dieses Entwurfes streben die Schaffung eines neuen Straftatbestandes an.

„(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“ (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2015)

Als Begründung geben die Autoren/Autorinnen an, dass die bisherigen strafrechtlichen Maßnahmen nicht ausreichend seien, sowie die Befürchtung eine gesetzlich erlaubte Suizidhilfe erwecke den Anschein von Normalität und könne dadurch zu einem „sozialen Gebot der Selbsttötung“ (Brand et al., 2015) führen. Der neugeschaffene Strafrechtsbestand führe somit zu einer Stärkung des Autonomie- und Integritätsschutzes und verhindere ei-

nen Druckaufbau auf Menschen, die in Angst lebten anderen zur Last zu fallen (Vgl. ebd.).

Bezüglich der rechtlichen Grundlagen steht die gesamte Thematik im Spannungsfeld zweier Artikel des Grundgesetzes. Art. 2 Abs. 1 GG schützt die Persönlichkeit, sowie das Selbstbestimmungsrecht und die allgemeine Handlungsfreiheit, während Art. 2 Abs. 2 GG körperliche Integrität garantiert. Das neu verabschiedete Gesetz gehe auch insofern mit höherrangigem Recht konform, als dass eine Beschränkung der Berufsfreiheit erlaubt sei, wenn eine „Abwehr nachweisbarer oder höchst wahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut geboten sind“ (Bundesverfassungsgericht, 2000) Die einbringenden Personen sehen diese Gefahr gegeben, da eine geschäftsmäßige Suizidhilfe Menschen zum Suizid bringen könne, den sie ohne dieses Angebot nicht begangen hätten. Unter geschäftsmäßig wird in diesem Zusammenhang von den Autoren/Autorinnen eine nicht zwingend auf Profit, aber auf Wiederholung angelegte Tat verstanden (Brand et al., 2015, p. 10ff).

Dies ist insofern als problematisch anzusehen, als dass der Begriff geschäftsmäßig nicht in diesem Sinn offiziell definiert ist und es nicht klar ersichtlich ist, ab wann eine Handlung als wiederholt anzusehen ist. Es steht zu befürchten, dass über diese Frage in weiterer Folge dann wiederum ein Gericht zu befinden hat.

3.1.2 ABGELEHNTEN ENTWÜRFE

- „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz)“ (Hintze et al., 2015)

Die Befürworter/Befürworterinnen dieses Entwurfes streben einen straffreien ärztlich assistierten Suizid an, der die Ärzte schützt, die Suizidassistenz aber gleichzeitig an folgende Voraussetzungen, im Bürgerlichen Gesetzbuch festzuschreibend, knüpft:

- Patient volljährig, einwilligungsfähig, umfassend beraten und aufgeklärt
- Suizidhilfe des Arztes basiert auf Freiwilligkeit
- unheilbare und zum Tode führende Erkrankung, die durch Vier-Augenprinzip von zwei Ärzten bestätigt wurde

Hierzu soll die Regelung zur Patientenverfügung erweitert werden.

„§ 1921a Bürgerliches Gesetzbuch

Ärztlich begleitete Lebensbeendigung

(1) Ein volljähriger und einwilligungsfähiger Patient, dessen unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tod führt, kann zur Abwendung eines krankheitsbedingten Leidens die Hilfestellung eines Arztes bei der selbst vollzogenen Beendigung seines Lebens in Anspruch nehmen.

(2) Eine Hilfestellung des Arztes nach Absatz 1 darf nur erfolgen, wenn der Patient dies ernsthaft und endgültig wünscht, eine ärztliche Beratung des Patienten über andere Behandlungsmöglichkeiten und über die Durchführung der Suizidassistenz stattgefunden hat, die Unumkehrbarkeit des Krankheitsverlaufs sowie die Wahrscheinlichkeit des Todes medizinisch festgestellt und ebenso wie der Patientenwunsch und die Einwilligungsfähigkeit des Patienten durch einen zweiten Arzt bestätigt wurde.

(3) Die Hilfestellung des Arztes ist freiwillig.

(4) Die Entscheidung über den Zeitpunkt, die Art und den Vollzug seiner Lebensbeendigung trifft der Patient. Der Vollzug der Lebensbeendigung durch den Patienten erfolgt unter medizinischer Begleitung.“ (Hintze et al., 2015)

Zur Rechtfertigung ihrer Position führen die Autoren/Autorinnen an, dass eine Verpflichtung zum Leben gegen Grundprinzipien des freiheitlichen Verfassungsstaates verstoßen würde und dass dieser Entwurf sowohl die Patientenautonomie, als auch die Berufsausübungsfreiheit und die Gewissensfreiheit des Arztes schütze und stärke. Durch diese Regelung wären gewerbsmäßig arbeitende Sterbeorganisationen nicht legal. Die Berufsordnung der Ärzte solle ergänzt werden, sodass aus einem ärztlich assistierten Suizid keine Konsequenzen bezüglich der Zulassung entstehen würden (Vgl. ebd.).

Peter Hintze sagte zur Verdeutlichung seiner Position in der Bundestagsdebatte: „Leiden im Sterben ist sinnlos.“ (Hintze, 2015)

- „Entwurf eines Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“ (Künast et al., 2015)

Bei diesem Entwurf strebten die Autoren/Autorinnen eine Straffreiheit der Suizidbeihilfe für die Allgemeinheit an, mit Ausnahme einer gewinnorientierten Beihilfe.

„§ 1 Zweck des Gesetzes

§ 2 Grundsatz der Straffreiheit

§ 3 Voraussetzungen

§ 4 Gewerbsmäßige Hilfe zur Selbsttötung

§ 5 Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung

§ 6 Ärzte als Helfer zur Selbsttötung

§ 7 Beratungspflicht bei organisierter oder geschäftsmäßiger Hilfe zur Selbsttötung
§ 8 Dokumentationspflicht bei organisierter oder geschäftsmäßiger Hilfe zur Selbsttötung
§ 9 Pflichtverletzungen
§ 10 Durchführungsbestimmungen
§ 11 Evaluation“ (Künast et al., 2015)

Da der Entwurf sehr ausführlich ist, findet sich an dieser Stelle nur ein Überblick über die Inhalte der Paragraphen.

Die Vertreter/Vertreterinnen dieses Entwurfes plädieren für ein selbstbestimmtes Sterben, dessen Regelung nichts im Strafrecht zu suchen habe, da diese Entscheidung eine der persönlichsten sei, die ein Mensch treffen könne. Ihr Vorschlag erlaubt sowohl Ärzten, als auch Sterbehilfevereinen, die nicht gewinnorientiert arbeiten, die Suizidbeihilfe unter einer Vielzahl von Auflagen und Kontrollmechanismen, die einen Missbrauch verhindern sollen. Dadurch würde auch das Verbot einiger Länderärztekammern unzulässig. Dem Argument eines Dammbrechtes tritt die Gruppe gegenüber mit der Aussage nach bis 2015 geltendem Recht sei Beihilfe zum Suizid seit 140 Jahren straffrei und bisher gebe es erst einen Sterbehilfeverein in Deutschland, von Dammbrech könne also keine Rede sein (Vgl. ebd.).

- „Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung“ (Sensburg et al., 2015)

Die Befürworter/Befürworterinnen dieses Entwurfes wollen jedwede Teilnahme oder Beihilfe an einer Selbsttötung unter Strafe stellen. Davon soll keine (Berufs-) Gruppe ausgenommen sein. Der Suizid(-versuch) bleibe weiterhin straffrei.

„§ 217 Teilnahme an einer Selbsttötung

(1) Wer einen anderen dazu anstiftet, sich selbst zu töten oder ihm dazu Hilfe leistet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.“ (Sensburg et al., 2015)

Als Begründung führen die Autoren/Autorinnen an, durch eine legalisierte Sterbehilfe seien die Gefahr eines Druckaufbaus und die einer Begründungspflicht bei Lebenserhalt zu hoch. In Extremfällen gebe es bereits die Möglichkeit im Strafrecht mangels Schuld von Strafe abzusehen. Die Autoren/Autorinnen befürworteten zusätzlich einen verstärkten Ausbau der Palliativ- und Hospizangebote (Vgl. ebd.).

Keiner der drei oben genannten Vorschläge wurde angenommen, ebenso wenig wie der Vorschlag die Gesetzeslage zu belassen. Die Entwürfe zeigen auf, welche Möglichkeiten sich im vorhandenen Rechtssystem bieten, mit der Frage nach (ärztlich) assistiertem Suizid umzugehen.

3.1.3 MEDIZINRECHT

Ärzten/Ärztinnen ist in Deutschland durch 10 von 17 Landesärztekammern in diesen Bundesländern der ärztlich assistierte Suizid verboten (Tanja Henking, 2016, p. 129). Die Berufsordnung für Ärzte/Ärztinnen besagt in diesen Bundesländern in § 16:

„Beistand für Sterbende

Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ (Ärztetag, 2015).

In diesen Bundesländern droht Ärzten/Ärztinnen, die dem Wunsch nach assistiertem Suizid nachkommen, ein Berufsverbot nach ärztlichem Standesrecht (Haarhoff, 2014).

Dies spiegelt auch die Meinung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, wieder, der sich immer wieder öffentlich vehement für ein enges Verbot der Sterbehilfe ausspricht (Woratschka, 2015).

Neben dieser berufsrechtlichen Vorgabe in einigen Bundesländern sind Ärzte/Ärztinnen in ihrem Handeln natürlich auch geltendem Recht verpflichtet. Wie im oberen Abschnitt schon erwähnt, ist Tötung auf Verlangen mit strafrechtlichen Konsequenzen behaftet, es stellt sich jedoch die Frage wie diese von der straflosen Beihilfe zum Suizid abzugrenzen ist. Dies ist natürlich nicht nur für Ärzte/Ärztinnen relevant, auch andere Berufsgruppen und Angehörige sind betroffen. Unterschieden wird in der Rechtsprechung dazu, wer die Tatherrschaft in einer suizidalen Situation besitzt und ob die Tat selbst- oder fremdverfügt abgelaufen ist. Liegt die Tatherrschaft bei dem Suizidenten/der Suizidentin, ist von Beihilfe zum Suizid auszugehen. In Unterscheidung zum straffreien Behandlungsabbruch sind die Fälle der Tötung auf Verlangen nicht behandlungsbezogen (Janda, 2012, pp. 369-72, 378-81). Schließlich gibt es noch den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung nach § 13 StGB. Hilfe ist nach aktueller Rechtsprechung auch dann zu leisten, wenn der Zustand vom Opfer selbst herbeigeführt wurde. Jedoch ist ein Arzt/eine Ärztin nur im gleichen Maß verpflichtet Hilfe zu leisten wie jede andere Privatperson und diese kann sich im Einzelfall

als unzumutbar herausstellen, wenn zwischen Hilfeleistungspflicht und Selbstbestimmungsrecht des Suizidenten abzuwägen ist (Vgl. ebd.).

Mit der neuen Gesetzeslage hat sich für Ärzte/Ärztinnen in Deutschland nicht viel geändert. Durch das Ständerecht geboten ist der assistierte Suizid in diesen Bundesländern weiterhin nicht möglich, in den anderen wird sich einmal die Frage stellen, welche Fälle unter geschäftsmäßig fallen. Der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, die passive und die indirekte Sterbehilfe bleiben von der neuen Regelung unberührt. Lediglich Ärzte/Ärztinnen, die mit Sterbehilfeorganisationen zusammengearbeitet haben, können dies in der Funktion einen Suizid zu unterstützen nicht mehr tun.

3.1.4 KONSEQUENZEN UND REAKTIONEN

- Bundesärztekammer

Der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery sagte nach der Abstimmung im Bundestag: „Die Ärzteschaft hat von Anfang an unmissverständlich klargestellt, dass die Tötung des Patienten, auch wenn sie auf dessen Verlangen erfolgt, sowie die Beihilfe zum Suizid nach den Berufsordnungen aller Ärztekammern in Deutschland nicht zu den Aufgaben des Arztes gehören. Wir begrüßen es deshalb sehr, dass der Deutsche Bundestag den Anträgen einiger Parlamentarier für eine Liberalisierung der Sterbehilfegesetzgebung nicht gefolgt ist.“ (Montgomery, 2015)

Er behauptete weiterhin, dass sich durch das neue Gesetz der Umgang der Ärzte/Ärztinnen mit Sterbehilfe nicht ändere, Ausnahme seien Mediziner, die vorher im Rahmen von Sterbehilfevereinen gearbeitet hätten. Montgomery sieht in der vorangegangenen Debatte die Chance, dass durch die Beschäftigung mit der Thematik vielen Menschen geholfen wird „klare Beschlüsse für die eigene Situation zu treffen“ (Rheinische Post, 2016).

- Kirchen

Nach der Abstimmung im Bundestag veröffentlichten evangelische und katholische Kirche gemeinsam eine Presseerklärung, die volle Zustimmung zu dem neu verabschiedeten Gesetz signalisiert. Darin heißt es unter anderem: „Mit der heutigen Entscheidung für ein Verbot der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung haben die Abgeordneten des Deutschen Bundestages ein starkes Zeichen für den Lebensschutz und damit für die Zukunft unserer Gesellschaft und ihren Zusammenhalt gesetzt: Das ist eine Entscheidung für das

Leben und für ein Sterben in Würde. (...) Wir danken allen, die in Politik, Zivilgesellschaft, Kirchen und Religionsgemeinschaften an dieser für unser Land guten Entscheidung mitgewirkt haben.“ (Splitt, 2015)

Damit bleiben die Kirchen ihrer Linie treu; auch während der Debatte vertraten sie eine die Sterbehilfe ablehnende Position. Kardinal Lehmann sagte bei der Vollversammlung der Bischofskonferenz: „Die katholische Kirche spricht sich nachdrücklich gegen alle Formen der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung aus.“ (Eckl, 2014)

Vertreter der evangelischen Kirche, wie der Kirchenpräsident der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (EKHN), Volker Jung, sprachen sich im Vorfeld ebenfalls gegen eine Regelung aus, die ärztlich assistierten Suizid positiv normieren würde (Evangelischer Pressedienst, 2014).

- Sterbehilfe Deutschland e.V.

Der Verein Sterbehilfe Deutschland e.V., der nach eigenen Angaben im Jahr 2015 92 Menschen bei ihrem Suizid begleitet hat, kündigte in einer Presseerklärung an Klage gegen das neu verabschiedete Gesetz zu erheben. Dazu hieß es:

„Sterbehilfe Deutschland e.V. hält das Gesetz für verfassungswidrig, wird sich aber gleichwohl daran halten und ab dem heutigen Tag keine Suizidbegleitungen mehr ermöglichen. Unmittelbar nach Inkrafttreten werden wir Verfassungsbeschwerde zum Bundesverfassungsgericht erheben. (Sterbehilfe Deutschland e.V., 2015)“

In der Erklärung beschreibt der Verein außerdem, dass sich unheilbar kranke Mitglieder in Bedrängnis gesehen hätten, den Suizid noch vor Inkrafttreten des Gesetzes zu vollziehen oder auf ihr Selbstbestimmungsrecht in Bezug auf ihr Lebensende zu verzichten (Vgl. ebd.).

Dieser Abschnitt stellt nur einige Reaktionen auf das neue Gesetz dar. Aber schon diese zeigen wie unterschiedlich die Regelung aufgenommen wurde und wie viel Konfliktpotential diese zeigt.

3.2 ÖSTERREICH

Österreich besitzt die restriktivste Gesetzgebung bezüglich Suizid im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz. Die rechtlichen Grundlagen dazu sowie Stellungnahmen werden im Folgenden vorgestellt.

3.2.1 RECHTLICHE LAGE

Auch in Österreich sind weder Suizid, noch Suizidversuch eine strafbare Handlung. Jedoch sind sowohl die Verleitung, als auch die Beihilfe zum Suizid durch § 78 öStGB unter Strafe gestellt: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

Somit unterscheidet die österreichische Rechtsprechung auch vom Strafmaß her nicht zwischen Suizidbeihilfe, unabhängig von Rahmen und Beteiligung des Helfers/der Helferin, und Tötung auf Verlangen. Dieses Vergehen wird nach Paragraph 77 öStGB mit dem gleichem Strafmaß von sechs Monaten bis fünf Jahren belegt.

Ebenso ist die unterlassene Hilfeleistung bei Suizid nach § 95 öStGB strafbar.

Ist der Tod unabwendbar, der Sterbeprozess also schon in Gang gesetzt, liege keine Sterbehilfe mehr vor. In diesem Fall liege das Dilemma zwischen eigenmächtiger Heilbehandlung nach §110 öStGB und Beihilfe zum Suizid bzw. unterlassener Hilfeleistung nach §78 und §95 öStGB (Gerhard Aigner, 2014) (Resch & Wallner, 2011, p. 367ff).

Der Arzt/die Ärztin ist in seiner/ihrer Handlung durch das Selbstbestimmungsrecht der Patienten/Patientinnen begrenzt und darf keine Maßnahmen vornehmen, die der Patient/die Patientin ablehnt. Dieses Recht ist festgelegt durch das Patientenverfügungsgesetz oder §284 ff ABGB. Der Arzt/die Ärztin würde sich der eigenmächtigen Heilbehandlung, einer Straftat nach §110 öStGB, schuldig machen (Resch & Wallner, 2011) (Bioethikkommission Österreich, 2015).

3.2.2 STELLUNGNAHMEN

- Bioethikkommission

Auch aufgrund immer wieder kehrender Diskussionen zum Thema Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid und der immer größer werdenden Aktualität hat auch die Bioethikkommission, ein 2001 im Bundeskanzleramt eingesetztes Beratungsgremium zu

u.a. ethischen, die Humanmedizin betreffenden Fragen, 2015 eine Stellungnahme mit Empfehlung abgeben (Bioethikkommission Österreich, 2015).

Zum assistierten Suizid stellt die Kommission zunächst fest, welche Art von Lebenskontext im Mittelpunkt um die Diskussion zum ärztlich assistierten Suizid stehe. Dies sei ein Suizidwunsch im Rahmen einer schweren, das Leben begrenzenden Erkrankung, der sich auch nach eingehender Suizidprävention und Beratung nicht ändere (Vgl. ebd.).

Die Bioethikkommission konnte sich nicht auf eine gemeinsame Position einigen, sodass es zwei unterschiedliche Voten zum Thema assistierter Suizid gibt.

Die erste Gruppe der Mitglieder empfiehlt eine Änderung des § 78 öStGB, die individuelle Ausnahmen bei unheilbarer Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung zulasse um damit Ärzte/Ärztinnen zu entkriminalisieren. Die Verleitung zum Suizid solle weiterhin unter Strafe stehen und sichergestellt werden, dass keine Fremdbestimmung möglich sei. Dieses Votum wurde von 16 Mitgliedern der Kommission unterstützt (Vgl. ebd., p. 30f).

Die zweite Gruppe plädiert § 78 öStGB beizubehalten, da die Risiken einer straffreien Suizidbeihilfe nicht absehbar seien, insbesondere gebe es zu wenige Informationen zu der gesellschaftlichen Auswirkung eines solchen Schrittes. Die hierfür stimmenden 8 weiteren Mitglieder geben an, dass durch den allgemeinen Teil StGB die Gewissensnot der individuellen Situation angemessen berücksichtigt werden könne (Vgl. ebd., p. 32f).

Obwohl mehr Mitglieder für den ersten Vorschlag stimmten, wurde das Thema nicht weiter verfolgt und es kam zu keiner Neuüberdenkung oder gar Neuregelung der österreichischen Gesetzeslage.

- Hospiz Österreich/ österreichische Palliativgesellschaft

Auch der Dachverband Hospiz Österreich und die Österreichische Palliativgesellschaft geben in ihrem Statement eine sehr deutliche Stellungnahme ab. Sie sprechen sich klar gegen eine Legalisierung sowohl der Suizidbeihilfe, als auch der Tötung auf Verlangen aus und hoffen, dass die jetzige Rechtslage beibehalten wird (Hospiz Österreich, österreichische Palliativgesellschaft, 2014).

- Letzte Hilfe

Im Jahr 2014 gründete sich in Österreich der Verein „Letzte Hilfe- Verein für ein selbstbestimmtes Sterben“. Die Gründung wurde polizeibehördlich untersagt und durch das

Verwaltungsgericht Wien bestätigt. Grund dafür ist eine vom Bundesministerium für Justiz bestätigte Einschätzung, dass §2 und §3 der Vereinsstatuten bedenklich seien, im Bezug auf das in § 78 öStBG ausgesprochene Verbot der Verleitung und Beihilfe zum Suizid und somit ein strafrechtlicher Tatbestand erfüllt sein könnte. An den Verein erging die Aufforderung die Statuten dementsprechend zu ändern, was jedoch nicht erfolgte (Vereinbehörde Wien, 2014) (Letzte Hilfe - Vereine für selbstbestimmtes Sterben, 2014). Gegen dieses Vorgehen läuft nun eine Klage beim Verfassungsgericht, zusammen mit einem Ersuch, vom Europäischen Gerichtshof klären zu lassen, ob § 78 öStGB „Mitwirkung am Selbstmord“ nicht die EU-Grundrecht-Charta verletze. Der bislang verbotene Verein setzt sich nach eigenen Angaben für ein selbstbestimmtes Sterben in Würde und eine dies ermöglichende gesetzliche Neureformierung ein (Letzte Hilfe - Vereine für ein selbstbestimmtes Sterben, 2014).

3.3 SCHWEIZ

Im Folgenden wird die rechtliche Lage in der Schweiz aufgezeigt. Da diese einige relevante Unterschiede zu den bisher beschriebenen Gesetzeslagen in Deutschland und Österreich aufweist, werden danach die bekannten Sterbehilfeorganisationen Dignitas und Exit kurz vorgestellt, da diese als Konsequenz der gegebenen Lage zu sehen sind.

3.3.1 RECHTLICHE LAGE

In der Schweiz ist seit 1942 die Suizidbeihilfe unter der Prämisse, dass sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen heraus geschieht, erlaubt. Dies geht aus Art. 115 des Schweizer StGB hervor:

„Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“

Tötung auf Verlangen ist hingegen nach Art. 114 sStGB unter Geld- oder Freiheitsstrafe gestellt:

„Tötung auf Verlangen

Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen

tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.“

Da im Rahmen der Suizidbeihilfe durch so genannte Sterbehilfeorganisationen zumeist Natrium-Pentobarbital als tödliches Medikament eingesetzt wird, spielen sowohl das Betäubungsmittelgesetz, als auch das Heilmittelgesetz eine entscheidende Rolle in der rechtlichen Einordnung. Durch Artikel 10 und 11 des BetmG ist geregelt, dass Natrium-Pentobarbital nur durch selbstständige Ärzte/Ärztinnen im Rahmen der durch medizinische Wissenschaft vorgegebenen Regeln abgegeben werden darf. Nach Art. 46 Abs. 1 BetmKV muss der Arzt/die Ärztin den Patienten/die Patientin für den/die das Mittel bestimmt ist vorher selbst untersucht haben. Bei Zuwiderhandlung ist nach Art. 38, 41 und 43 MedBG ein Verbot der Berufsausübung möglich.

Neben der strafrechtlichen Lage ist für Ärzte/Ärztinnen auch die standesrechtliche Regelung zur Beihilfe zum Suizid von entscheidender Bedeutung. In einem Positionspapier von 2008 beschreibt die FMH (Berufsverband der Schweizer Ärzte) Suizid als eine „Realität der menschlichen Existenz“ (FMH, 2008). Sie sieht die Suizidbeihilfe nicht als ärztliche Tätigkeit, stellt jedem Arzt/jeder Ärztin aber im Rahmen der rechtlichen Bedingungen frei, wie er/sie auf eine entsprechende Anfrage reagiere. Weiter wird die Empfehlung ausgesprochen im Falle eines psychischen Krankheitsbildes keine Suizidbeihilfe zu leisten (Vgl. ebd.). Die Standesordnung der FMH mit Stand 07. Mai 2015 deklariert in Artikel 17 die passive Sterbehilfe bei unzumutbaren Leiden und Einwilligung bzw. mutmaßlichem Patientenwillen als erlaubt, die aktive Sterbehilfe jedoch als mit der medizinischen Ethik nicht vereinbar. Für alle anderen Fälle verweist sie auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Vgl. ebd.). Darunter fällt auch die Beihilfe zum Suizid.

In den Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Patienten/Patientinnen am Lebensende wird dargestellt, dass die Suizidbeihilfe eine Einzelfallentscheidung und persönliche Gewissensentscheidung des Arztes/der Ärztin sei, da ein Dilemma bestehe zwischen der nicht ärztlichen Aufgabe der Sterbehilfe und der Achtung des Patientenwillens. Sollte ein Arzt/eine Ärztin sich zur Suizidbeihilfe entscheiden, müsse er/sie vorher folgende Voraussetzungen überprüfen:

„– Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.

– Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.

– Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss“ (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, 2014, p. 9).

Außerdem müsse sichergestellt sein, dass die letztlich zum Tode führende Handlung von dem Patienten/der Patientin selbst durchgeführt werden kann, die Tatherrschaft also bei ihm/ihr liege (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, 2014).

3.3.2 DIGNITAS UND EXIT

Als Konsequenz der liberalen Rechtslage in der Schweiz bezüglich des assistierten Suizids gibt es dort sogenannte Sterbehilfeorganisationen. Im nächsten Abschnitt soll exemplarisch der Verein Exit vorgestellt werden, um einen Eindruck zu vermitteln, welche Punkte diese Organisationen in ihrem Programm haben und wie ein solcher assistierter Suizid ablaufen würde. Kurz wird auch ein Vergleich zu Dignitas gezogen.

Exit ist ein Verein, der am 03. April 1982 von Hedwig Zürcher und Walter Baechi gegründet wurde und sich für das Selbstbestimmungsrecht der Menschen im Leben und Sterben einsetzt. Seit 1985 führt die Non-Profit-Organisation Freitodbegleitungen durch (Bethlen et al., 2015).

Nach eigenen Angaben gibt es mittlerweile mehr als 80.000 Mitglieder. Mitglied kann nur werden, wer die schweizerische Staatsbürgerschaft besitzt, oder seinen Wohnsitz in der Schweiz hat. Dies ist einer der großen Unterschiede zu der Organisation Dignitas, auf die später im Text noch eingegangen wird. Exit begründet die Entscheidung zu dieser selektiven Mitgliedschaftsmöglichkeit zum einen mit der Schwierigkeit herauszufinden, ob alle Bedingungen zu einer Freitodbegleitung erfüllt sind und zum anderen mit der jetzt schon bestehenden starken Beanspruchung, der der Verein ausgesetzt sei. Zusätzlich liege es nicht im Interesse von Exit in anderen Ländern dadurch den Druck hin zu einer liberaleren Gesetzgebung zu verringern (Vgl. ebd., p. 11). Die Kosten des Mitgliedsbeitrags betragen pro Jahr 45 Franken. Für bestehende Mitglieder sind alle Leistungen kostenlos. Die Hauptagendapunkte von Exit sind neben der Freitodbegleitung die Hilfe bei der Erstellung und ggf. der Durchsetzung von Patientenverfügungen, die Suizidprävention und die Förderung von Palliative Care (Bethlen et al., 2015) (Suter, 2012).

Nach eigenen Angaben ist die Patientenverfügung das Angebot, das am häufigsten von den Mitgliedern in Anspruch genommen wird. Zur Freitodbegleitung gibt Exit in der Broschüre anlässlich des 30. Geburtstages der Organisation an, im Jahr ca. 2000 Anfragen zu be-

kommen, davon würden ca. 500 bewilligt und letztendlich nähmen ca. 300 Personen den assistierten Suizid wirklich in Anspruch (Suter, 2012). Diese Zahl ist natürlich in Relation zu setzen zu der Einwohnerzahl der Schweiz, die zum aktuellen Zeitpunkt 8417700 Einwohnerinnen und Einwohner beträgt (Schweiz, 2016).

Um nun eine Freitodbegleitung durch Exit in Anspruch nehmen zu können braucht es neben der Mitgliedschaft, deren Bedingungen eingangs erwähnt wurden, noch einige andere Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen.

Gefordert werden:

- „Urteilsfähigkeit
- Wohlerwogenheit, Autonomie und Konstanz des Todeswunsches
- hoffnungslose Prognose, unerträgliche Beschwerden oder unzumutbare Behinderung
- Tatherrschaft“ (Bethlen et al., 2015, p. 14)

Außerdem braucht es ein aktuelles Diagnoseschreiben, sowie die Bestätigung der Urteilsfähigkeit durch einen Arzt/eine Ärztin und ein Rezept für das Mittel Natrium-Pentobarbital (Vgl. ebd.). Wie bei der Erläuterung der rechtlichen Lage schon beschrieben muss der Arzt, der ein solches Rezept ausstellt, den Patienten vorher gesehen haben.

Sobald alle Bedingungen erfüllt sind, wird das Rezept von Exit eingelöst, ab diesem Zeitpunkt kann das Mitglied entscheiden, ob und wann es die Sterbebegleitung in Anspruch nehmen möchte. Entscheidend ist, dass auch zu diesem Zeitpunkt noch die volle Tatherrschaft beim Suizidenten/der Suizidentin liegt. D.h. er/sie muss entweder das Mittel selbst schlucken, es sich über die Magensonde zuführen oder zumindest den Infusionshahn öffnen können. Zumeist findet der Prozess im Eigenheim statt, sollte dies nicht möglich sein, würde Exit eine Wohnung zur Verfügung stellen. Exit begrüßt es nach eigenen Angaben, wenn Angehörige oder Freunde dem Prozess beiwohnen. Der Suizident/die Suizidentin wird zudem noch von ausgebildeten Sterbebegleitern/Sterbebegleiterinnen betreut. Durch das Natrium- Pentobarbital kommt es erst zum Einschlafen und dann zum Herzkreislaufstillstand. Sobald der Tod eingetreten ist, wird die Polizei alarmiert, nach Art. 253 StPO zur Legalinspektion (Vgl. ebd.).

Der letzte Schritt, die Legalinspektion wird von Dignitas in Frage gestellt, da sie zur Feststellung von Person und Todesart dienen soll, und beides bei einer Freitodbegleitung durch Dignitas sicher sei. Der Suizident/die Suizidentin übergebe Reisepass oder Identitätskarte und die Todesart sei immer Suizid (Minelli, 2014).

Dignitas ist ein ebenfalls in der Schweiz gegründeter Verein, der Menschen bei der Durchführung ihres Suizids behilflich ist. Er wurde am 17. Mai 1998 von Ludwig A. Minelli gegründet, der immer noch den Vorsitz innehat. Der Verein zählt zusammen mit Dignitas-Deutschland ca. 7000 Mitglieder. Dignitas-Deutschland wurde am 26. September 2005 in Hannover gegründet und dient dem Zweck in Deutschland auf eine Rechtslage hinzuwirken, die bezüglich der Sterbehilfe der in der Schweiz entspricht. Grundsätzlich kann sich jeder, egal welcher Nationalität, von Dignitas begleiten lassen, die angebotene Hilfestellung beim Sterben kann jedoch nur in der Schweiz erfolgen. Dignitas möchte sein Angebot nicht auf Schweizer Staatsbürger/Staatsbürgerinnen begrenzen, da nach eigener Auffassung ein selbstbestimmtes Sterben allen offen stehen sollte. Nach eigenen Angaben hat Dignitas mittlerweile mehr als 1170 Menschen bei ihrem selbstbestimmten Tod geholfen, diese kamen unter anderem aus Frankreich, Spanien, Österreich, Italien, Grossbritannien, Israel, dem Libanon, Griechenland, den USA. In Deutschland kosten die Aufnahmegebühr 120 Euro, der Monatsbeitrag 20 Euro. In seiner Broschüre weist Dignitas darauf hin, dass der Verein zur Durchführung einer Sterbebegleitung einen Vorschuss von ca. 7140 Euro benötigt, im Fall von Behördengängen und Organisation der Bestattung bis zu 10710 Euro (Dignitas, 2015). Die weiteren Voraussetzungen sowie die Durchführung des assistierten Suizids sind denen des Vereins Exit sehr ähnlich.

3.4 ANDERE LÄNDER UND EUROPA

In den folgenden Absätzen werden kurz die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Sterbehilfe in einigen inner- und außereuropäischen Ländern skizziert.

3.4.1 BELGIEN

Am 01.04.2002 trat das „Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe zur Selbsttötung“ in Kraft. Danach sind Tötung auf Verlangen, sowie Beihilfe zum Suizid nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt/einer Ärztin unter der Beachtung verschiedener Sorgfaltskriterien durchgeführt werden (Weiffen et al., 2015).

3.4.2 NIEDERLANDE

Am 16.05.2002 wurde das „Gesetz zur Euthanasie“ verabschiedet. Dadurch wird die Tötung auf Verlangen legal, die Beihilfe zum Suizid war schon früher erlaubt. Auch hier müssen bestimmte Bedingungen zutreffen (Vgl. ebd.).

3.4.3 LUXEMBURG

Am 17.03.2009 trat ein Sterbehilfegesetz in Kraft, dass nach der Beihilfe zum Suizid nun auch die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen legalisiert (Vgl. ebd.).

3.4.4 FRANKREICH

Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen sind strafbar. Seit 2005 ist die passive Sterbehilfe bei Patientenwunsch erlaubt, seit einer Änderung des Sterbehilfegesetzes 2015 ist ebenfalls die palliative Sedierung legalisiert (Vgl. ebd.).

3.4.5 GROßBRITANNIEN

Durch den sogenannten „Suicide Act“ ist die Suizidbeihilfe grundsätzlich verboten. Bis 2009 mussten Angehörige, die jemanden in ein Land begleiteten, der dort assistierten Suizid oder Tötung auf Verlangen beging, in Großbritannien mit einer Strafverfolgung rechnen. 2009 erstritt Debbie Purdy für ihren Mann Straffreiheit, sollte er sie zum assistierten Suizid in die Schweiz begleiten. Daraufhin wurden Richtlinien umgesetzt, unter welchen Bedingungen es zu einer tatsächlichen Strafverfolgung der Beihilfe zum Suizid komme (Weiffen et al., 2015).

3.4.6 ITALIEN

Die aktive Sterbehilfe fällt hier strafrechtlich unter vorsätzliche Tötung und ist somit verboten. Ebenso die Verleitung oder Beihilfe zum Suizid. Passive Sterbehilfe ist bei Einwilligung des Patienten geboten (Vgl. ebd.).

3.4.7 USA

Tötung auf Verlangen ist es den gesamten USA verboten, in einigen Staaten ist jedoch die Beihilfe zum Suizid erlaubt, da dies einzelstaatlich geregelt wird. So ist der assistierte Suizid unter anderem in Oregon, Kalifornien und Washington erlaubt (Vgl. ebd.).

3.4.8 AUSTRALIEN

1996 erlaubte der „Rights of the Terminally Ill Act“ den ärztlich assistierten Suizid unter bestimmten Voraussetzungen. Dieses Gesetz wurde 1997 wieder außer Kraft gesetzt, so dass im Moment in Australien sowohl die Tötung auf Verlangen, als auch die Beihilfe zum Suizid nicht legal sind (Vgl. ebd.).

3.4.9 SCHWEDEN

Die Tötung auf Verlangen ist in Schweden verboten. Die Beihilfe zum Suizid ist legal, solange der Helfer/die Helferin eine Privatperson ist. Für die indirekte Sterbehilfe ist der Wille des Patienten/der Patientin ausschlaggebend, passive Sterbehilfe ist legal (Lebensschutz in Rheinland-Pfalz, 2015).

3.4.10 EUROPARECHT

Im Rahmen der Sterbehilfediskussion hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte bisher in zwei an ihn herangetragenen Klagen ein Urteil gefällt.

Im Fall Pretty klagte eine an einer Motoneuronenerkrankung leidende Engländerin gegen den Suicide Act für die Straffreiheit ihres Mannes, falls dieser ihr bei einer Selbsttötung helfe. Der Suicide Act sieht in einem solchen Fall einen Freiheitsentzug bis zu 14 Jahren vor. Der EGMR entschied in diesem Fall, dass die nationale Rechtsprechung in keinem Widerspruch zu Artikeln der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechten und Grundfreiheit stehe. In diesem Fall wurde nach gängiger Definition eine Entscheidung gegen aktive Sterbehilfe gefällt (Weiffen et al., 2015).

Im Fall Lambert ging es um die Einstellung der künstlichen Ernährung eines nach einem Autounfall im Wachkoma liegenden Patienten, also um passive Sterbehilfe. Die Eltern klagten gegen die Ehefrau, einige seiner Brüder und die behandelnden Ärzte/Ärztinnen, die auf Grund geltenden französischen Rechtes die lebenserhaltenden Maßnahmen abbrechen wollten. Die Eltern argumentierten, dass dies ein Fall versteckter Euthanasie sei, gegen das

Grundrecht des Schutzes des Lebens und das Verbot von Misshandlung und Folter verstoße. Dieser Argumentation folgte der EGMR nicht und entschied, dass passive Sterbehilfe kein Verstoß gegen das Recht auf Leben der Europäischen Menschenrechtskonvention darstelle (Vgl. ebd.).

Die zwei vorgestellten und vor dem EGMR verhandelten Fälle zeigen trotz des unterschiedlichen Ansatzes der aktiven und passiven Sterbehilfe auf, dass auch hier zwei zentrale Artikel der Europäischen Menschenrechtskonvention in Bezug auf die Sterbehilfe unterschiedlich interpretiert und so in Widerspruch zueinander geraten können.

Zum einen Artikel 2 EMK, der ein Recht auf Leben garantiert, aus dem sich aber nach Ermessen des EGMR im Urteil Pretty kein Recht auf Sterben ableiten lässt, und zum anderen Artikel 8 EMK, der die Achtung des Privatlebens schützt, mit der Befürworter der Sterbehilfe argumentieren. Bei diesem Artikel ist Absatz 2 zu beachten, der einen Eingriff in das Privatleben erlaubt, sofern dies zum Schutze der Moral oder der Rechte und Freiheiten anderer geschieht, womit wiederum Gegner der Sterbehilfe argumentieren. Im Fall Lambert ging es außerdem noch um Artikel 3 EMK, der die Folter untersagt, die die Eltern des Wachkomapatienten durch ein verhungern Lassen gegeben sahen. Dieser Einschätzung folgte der EGMR nicht (Online-Zeitschrift für Strafrecht, 2015).

Aus den beiden oben genannten Artikeln 2 und 8 EMK lasse sich laut EGMR keine Grundlage ableiten, Sterbehilfe generell zu verbieten oder zu erlauben (Vgl. ebd.).

Dadurch werden es auch in Zukunft wohl Einzelfallentscheidungen sein, die im Rahmen rechtlichen Streites in Bezug auf Sterbehilfe getroffen werden.

3.5 PATIENTENVERFÜGUNG

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Patientenverfügung als teiljuristische Möglichkeit der Autonomiewahrung und des Selbstbestimmungsrechtes.

Das Grundprinzip ist in allen drei vorgestellten Ländern gleich, es gibt jedoch einige relevante Unterschiede, die herausgearbeitet werden sollen.

Zur Definition der Patientenverfügung siehe Kapitel 1.3.5

3.5.1 DEUTSCHLAND

In Deutschland ist die Patientenverfügung juristisch durch § 1901 BGB gesichert. Für eine gültige Verfügung ist demnach die Schriftform notwendig, ein Widerruf kann jedoch auch

mündlich erfolgen. Ebenso sind mündlich geäußerte Behandlungswünsche nach Absatz 2 zu beachten und in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Dazu sei ein Zeugnis durch andere Personen notwendig und im Zweifel müsste die Entscheidung durch eine angeordnete Betreuung gefällt werden. Es sollte sichergestellt sein, dass der mutmaßliche Patientenwille ermittelt und diesem Rechnung getragen wird (Putz & Steldinger, 2016, p. 52f).

Sowohl Urteile des BGH, als auch eine Stellungnahme der Bundesärztekammer bekräftigen die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung (Geckle & Bonefeld, 2013, p. 12). Deswegen ungeachtet komme es immer wieder zu Unklarheiten in Bezug darauf wann eine Patientenverfügung verpflichtend zu beachten sei. In diesem Zusammenhang gehen die Autoren des Buches *Patientenrechte am Lebensende*, beide Rechtsanwälte, auf die wichtigsten Punkte ein, die immer wieder Fragen aufwerfen.

Sie weisen darauf hin, dass eine Patientenverfügung zwar das Ergebnis der Beschäftigung mit eigenen Werten und Wünschen widerspiegeln, diese aber nicht dargestellt werden müssten, damit die Verfügung gültig wird. Ebenso wenig sei eine Rechtfertigung der Einstellung nötig. Auch eine ärztliche Aufklärung müsse nicht erfolgen, damit eine schriftlich niedergelegte Verfügung juristisch wirksam werde (Putz & Steldinger, 2016, pp. 133 - 137).

In Deutschland werden Vordrucke bzw. Hilfen zur Erstellung einer Patientenverfügung von unterschiedlichen Organisationen, darunter die Ärztekammer, der humanistische Verband und diverse Anwaltskanzleien, angeboten. Welche davon passend ist, muss jeder für sich selbst entscheiden, es sollte auf jeden Fall immer eine eingehende Beschäftigung mit der Thematik vor Aufsetzen einer solchen Verfügung erfolgen.

3.5.2 ÖSTERREICH

Auch im österreichischen Gesetz ist die Patientenverfügung als eine Form der Willensäußerung festgeschrieben. Dazu wurde 2016 das Patientenverfügungsgesetz erlassen (bmgf). Um eine juristisch relevante Patientenverfügung abzufassen müssen laut Gesetz einige Voraussetzungen erfüllt sein. Es muss zum einen die Einwilligungsfähigkeit vorhanden sein und bei der abfassenden Person darf kein Willensmangel vorliegen. Die Patientenverfügung darf nicht geltendem Recht widersprechen und hinsichtlich der beschriebenen Situation darf sich der Stand der Wissenschaft nicht grundlegend geändert haben. Es darf außerdem kein Widerruf vorliegen (Vgl. ebd.).

Das österreichische Gesetz unterscheidet zwischen zwei Arten der Patientenverfügung, welche im Folgenden differenziert werden.

3.5.2.1 VERBINDLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

Als verbindlich wird eine Patientenverfügung bezeichnet, wenn vor Abfassung eine Aufklärung durch einen Arzt/eine Ärztin erfolgt ist und ein Notar/eine Notarin, ein Rechtsanwalt/eine Rechtsanwältin oder ein Patientenvertreter/eine Patientenvertreterin sie errichtet. Zusätzlich ist die Verbindlichkeit der Patientenverfügung auf maximal fünf Jahre begrenzt. Eine Patientenverfügung dieser Art ist, wenn eindeutig auf die gegebene Situation zutreffend, von dem Arzt/der Ärztin, sowie allen anderen Beteiligten zu respektieren (Vgl. ebd.).

3.5.2.2 BEACHTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

Der beachtlichen Patientenverfügung ist keine strikte Form vorgegeben. Sie dient dann allerdings „nur“ als Richtschnur, um den Willen des betroffenen Patienten/der betroffenen Patientin zu ermitteln. Auch wenn diese Art der Verfügung nicht denselben Stellenwert einnimmt wie ein verbindliche Patientenverfügung, muss ein Zuwiderhandeln trotzdem begründet werden, das heißt der Wille der betroffenen Person kann auch in einem solchen Fall nicht ohne weiteres übergangen werden (bmgf).

3.5.3 SCHWEIZ

In der Schweiz ist die Patientenverfügung in Artikel 370 – 373 des schweizerischen Zivilgesetzbuches seit 2013 im neuen Erwachsenenschutzrecht festgeschrieben. Demnach kann jede urteilsfähige Person eine Patientenverfügung verfassen. Diese muss zur Gültigkeit schriftlich mit Datum und Unterschrift abgefasst werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit das Vorhandensein einer solchen Verfügung auf der Versichertenkarte eintragen zu lassen. Dem dort festgelegten Willen muss entsprochen werden, außer es verstoße gegen geltendes Recht oder es bestehe der Hinweis, dass die Patientenverfügung nicht unter freiem Willen abgefasst wurde. Jede dem Patienten/ der Patientin nahestehende Person kann bei der Erwachsenenschutzbehörde geltend machen, sollte eine gültig abgefasste Patientenverfügung nicht beachtet werden, das Interesse der betroffenen Person in Gefahr sein oder der Verdacht bestehen, dass kein freier Wille beim Abfassen der Verfügung vorlag. Eine so abgefasste Verfügung ist grundsätzlich unbeschränkt gültig (Zivilgesetzbuch, 2008).

Eine Missachtung der Patientenverfügung kann unterschiedliche Konsequenzen haben. Diese reichen von strafrechtlichen, über administrative durch Verletzung der ärztlichen Berufspflicht zu vertragsrechtlichen Konsequenzen. Durch die Verletzung des Persönlichkeitsrechts kann es auch zu Schadensersatz- und Genugtuungsansprüchen kommen (Exit, 2016).

Auch in der Schweiz gibt es, ebenso wie in Deutschland und Österreich, unterschiedliche Anbieter für Vorlagen einer Patientenverfügung. Einige davon, wie zum Beispiel die Organisation Exit, bieten nicht nur Hilfe beim Abfassen einer solchen Verfügung, sondern auch diese gegebenenfalls durchzusetzen, sollte dies notwendig werden (Vgl. ebd.).

3.6 STATISTIK UND UMFRAGEN

Das folgende Kapitel stellt die Statistiken und Umfragen vor, die in Bezug auf die Sterbehilfe durchgeführt wurden und versucht die Ergebnisse einzuordnen.

3.6.1 DEUTSCHLAND

Da eine solche Gesetzesänderung alle in dem Land lebenden Personen betrifft und es in diesem Zusammenhang häufig um die Aufgaben und Pflichten von Ärzten/Ärztinnen ging, soll dieser Abschnitt aufzeigen wie die deutsche Bevölkerung, und insbesondere die Ärzteschaft, zu der Thematik der Sterbehilfe steht.

Im Auftrag der Palliativstiftung führte infratest dimap im August 2015 eine Umfrage in der deutschen Bevölkerung durch. Dabei wurden insgesamt 1033 wahlberechtigte Deutsche stichprobenartig befragt. Auffallend bei den Ergebnissen war, dass 87% der Befragten der Meinung waren, die Beihilfe zum Suizid sei nicht straffrei, was zum Zeitpunkt der Umfrage nicht geltendem Recht entsprach (infratest dimap, 2015).

Bei der Frage nach einer Suizidassistenz bzw. der Tötung auf Verlangen sind 77% der Meinung dies sollte in bestimmten Fällen, wie z.B. aussichtslose tödliche Krankheit, erlaubt sein (Vgl. ebd.).

Im Auftrag des Spiegels wurden 2008 vom Meinungsforschungsinstitut TNS Healthcare 483 Mediziner zu ihren Meinungen bezüglich der Sterbehilfe befragt. Hier sieht die Verteilung anders aus als in der Gesamtbevölkerung. Etwa ein Drittel der Ärzte/Ärztinnen be-

fürwortet eine Regelung, die es dem Arzt/der Ärztin erlaubt einen unheilbar kranken Menschen beim Suizid zu unterstützen. Für 37% der befragten Ärzte/Ärztinnen käme es unter bestimmten Bedingungen in Frage einem Patienten beim Suizid zu assistieren, für 62% käme dies unter keinen Umständen in Frage (Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland, 2013).

Dies zeigt eine deutliche Diskrepanz zwischen der Meinung der Bevölkerung und der der Ärzteschaft auf. Auch interessant ist die Abweichung des neu verabschiedeten Gesetzes zur Sterbehilfe von den Interessen der Bevölkerung, die eigentlich durch die Legislative gewahrt werden sollten.

3.6.2 ÖSTERREICH

Das Schweizer Institut Isopublic befragte 2012 Menschen in unterschiedlichen Ländern Europas zur ihrer Meinung bezüglich der Sterbehilfe. Darunter auch stichprobenartig 1000 Österreicher/Österreicherinnen.

Auf die Frage, ob es richtig sei berufliche Hilfstätigkeit im Bereich der Sterbehilfe zu bestrafen, stimmten 77% mit nein, dies sei falsch. Ähnlich sieht es bei der Frage nach einem Verbot der Beihilfe zum Suizid durch Ärzte/Ärztinnen aus, auch hier stimmte die Mehrheit (79%) gegen ein Verbot (isopublic, 2012).

In Österreich selbst wurde 2000 und 2006 die IMAS-Umfrage durchgeführt, deren Fragen auf Grund von Ungenauigkeiten und der mangelnden Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Arten der Sterbehilfe jedoch kein nutzbares Ergebnis lieferte.

An dieser Stelle sollte noch angemerkt werden, dass die Ergebnisse der Statistiken und Umfragen immer abhängig von der Fragestellung sind, weswegen vor Beurteilung darauf immer ein besonderer Augenmerk gelegt werden sollte.

Eine Befragung von ausschließlich Ärzten/Ärztinnen zu der Thematik wurde bisher in Österreich nicht durchgeführt. Allerdings zeigt sich auch hier ,ebenso wie in Deutschland, eine Differenz zwischen der öffentlichen Meinung der Gesellschaft und der rechtlichen Lage.

3.6.3 SCHWEIZ

Da in der Schweiz die Suizidassistentz erlaubt ist, ist an dieser Stelle interessant, wie häufig dieses Angebot in Anspruch genommen wird und ob es eine Zunahme gibt. Die Daten dazu stammen von Dignitas und beziehen sich daher auch nur auf assistierte Suizide, die mit Hilfe dieser Organisation realisiert wurden.

Während es im Jahr 1998 sechs Freitodbegleitungen gab, stieg die Anzahl bis 2014 auf 204 begleitete Suizide an. Wie in der untenstehenden Abbildung zu sehen ist, liegt die Anzahl der von Schweizern/Schweizerinnen in Anspruch genommenen Freitodbegleitungen zwischen 4 und 17 und dies in einer nicht ansteigenden, sondern schwankenden Kurve (Dignitas).

Fast die Hälfte der Begleitungen wurde von deutschen Staatsbürgern/Staatsbürgerinnen in Anspruch genommen. Die Zahl der Österreicher/Österreicherinnen blieb konstant gering, lediglich im Jahr 2013 ist eine Spitze mit sieben Personen feststellbar. Natürlich müssen diese Zahlen in Relation zu der Einwohnerzahl des jeweiligen Landes gesehen werden (Vgl. ebd.).

Freitodbegleitungen nach Jahr und Wohnsitz / Accompanied suicides per year and residence

Jahr / Year	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
Total pro Jahr / Total per year	6	5	7	50	76	100	105	138	195	138	132	89	97	160	198	205	204	100		
Total seit Beginn / Grand total	6	11	18	68	144	244	349	487	682	820	952	1041	1138	1298	1496	1701	1905			
Grösste Anteile oder Nachbarn der Schweiz / Largest share or neighbouring countries of Switzerland																				
Domizilstaat / Country of residence																	Total nach Land und in %			
																	Domizil	Total	Total	
																	Country	98-14	in %	
Schweiz	6	4	4	11	17	9	14	12	15	6	10	4	6	11	13	8	6	CH	156	8.19
Deutschland		1	3	31	50	45	66	78	120	75	59	35	29	72	84	92	80	DE	920	48.29
Grossbritannien					1	15	10	15	26	17	23	27	26	22	33	29	29	GB	273	14.33
Frankreich				2	4	12	3	12	16	18	19	7	9	15	20	22	35	FR	194	10.18
Österreich				1	2	2	2	3	2	3	4	3	1	2	4	7	3	AT	39	2.05
Italien				1		2		4	2	1	1	4	4	14	22	14	10	IT	79	4.15

Abbildung 1 Freitodbegleitung Dignitas (Vgl. ebd.)

3.6.4 NIEDERLANDE

In den Niederlanden ist seit 2002 die Tötung auf Verlangen unter gewissen Voraussetzungen legalisiert. Hier scheint sich in der Statistik der Verdacht zu bestätigen, dass es durch Legalisation zu einem Gewöhnungseffekt und einem Anstieg der durchgeführten aktiven Sterbehilfe kommt.

Niederlande: Gesamtzahl der Meldungen über Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung						
Jahr	Gesamtzahl der Meldungen	Regionen				
		1	2	3	4	5
2008	2.331	280	568	607	461	415
2009	2.636	326	644	649	548	469
2010	3.136	327	802	819	637	551
2011	3.695	373	948	873	804	697
2012	4.188	433	1.064	1.033	840	818
2013	4.829	487	1.200	1.210	994	938
2014	5.306	508	1.321	1.295	1.126	1.056

Region 1: Groningen, Friesland, Drenthe, Bonaire, St. Eustatius und Saba
Region 2: Overijssel, Geldern, Utrecht und Flevoland
Region 3: Nordholland
Region 4: Südholland und Seeland
Region 5: Nordbrabant und Limburg

Quelle: Jahresberichte der „Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe“ 2012 und 2014

Abbildung 2 Sterbehilfe Niederlande (Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland, 2016)

Ganz so eindeutig wie sie auf den ersten Blick scheinen, seien diese Ergebnisse allerdings nicht, zu diesem Schluss kommt die Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland. Die Veränderungen ließen keinen immer größer werdenden Zuwachs erkennen, sondern die Raten seien in den Jahren unterschiedlich hoch. Hinzu komme, dass der Anstieg der Suizidbegleitungen parallel zu dem Anstieg der über 65-Jährigen verlaufe (Vgl. ebd.).

Trotz dieser Relativierung ist nicht abzustreiten, dass es in den letzten Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Inanspruchnahme der Tötung auf Verlangen kam und dies dem Slippery-Slope-Argument, auf welches später in der Arbeit noch genauer eingegangen wird, eine Relevanz verleiht, die bei der Beurteilung der Sterbehilfe nicht außer Acht gelassen werden sollte.

3.6.5 OREGON

Nachdem in der Debatte um die Sterbehilfe immer wieder die Statistik von Oregon angeführt wird, soll auch diese hier noch kurz angerissen werden. In Oregon ist seit 1997 durch den „Death with Dignity Act“ der assistierte Suizid legalisiert.

Befürworter einer Legalisierung des assistierten Suizids führen häufig die in Oregon erhobene Statistik zum assistierten Suizid an, um das Dambruchargument zu entkräften.

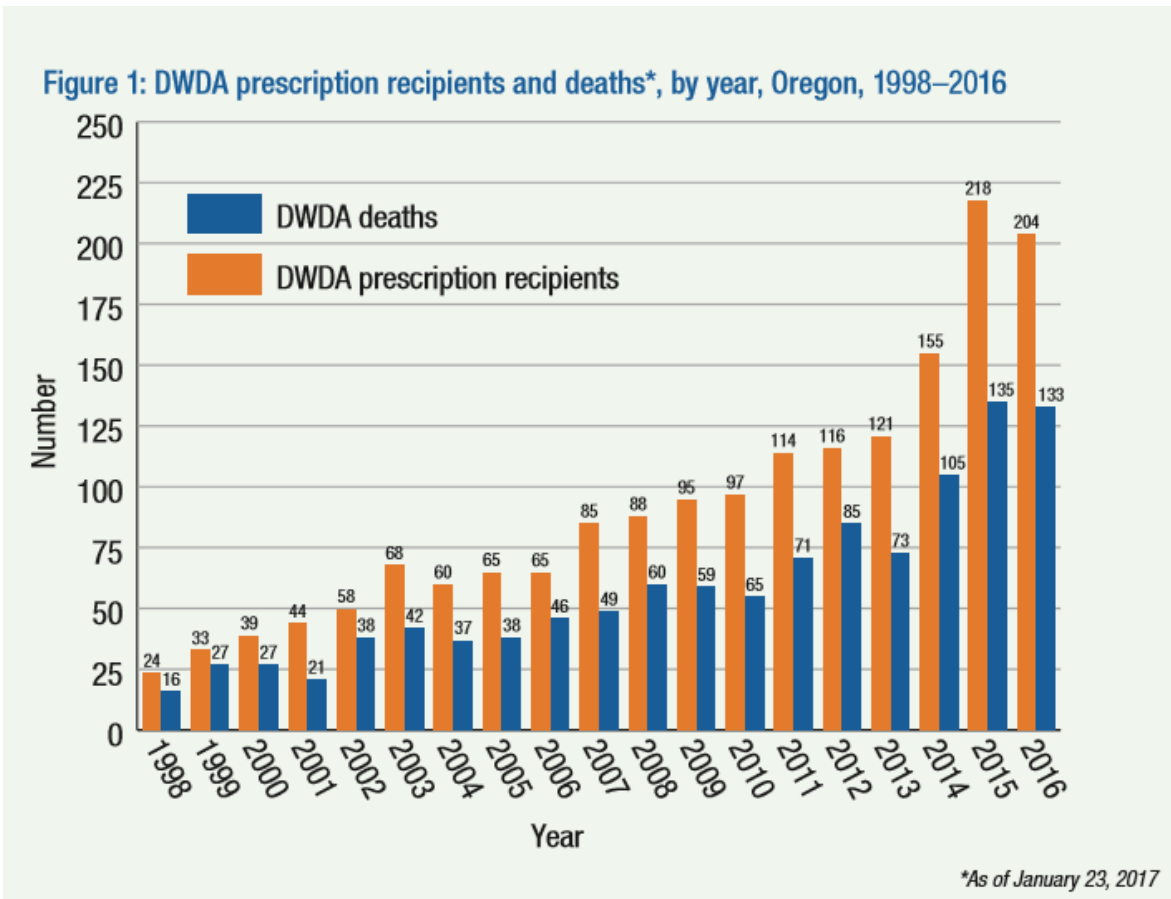


Abbildung 3 Assistierter Suizid Oregon (Public Health Division, 2017)

Die Abbildung zeigt einen Anstieg der Fälle assistierten Suizids über die Jahre. Fraglich ist, ob dieser mit dem Erlauben etwas vorher Verbotenem oder dem Altersanstieg der Gesellschaft erklärbar ist. Sehr deutlich zeigt sich jedoch, dass in den meisten Jahren ein Drittel mehr Menschen ein Rezept für den assistierten Suizid bekamen, als es einlösten. Außerdem schwankt die Rate der Menschen, die mit Hilfe einen Suizid begingen, und es ist in keinem Fall ein extremer Anstieg in jedem Jahr zu verzeichnen.

4 ETHIK

Im folgenden Kapitel soll es um unterschiedliche Ansätze der Ethik gehen, die erst allgemein vorgestellt und anschließend spezifisch zum Thema Sterbehilfe betrachtet werden. Ein besonderer Schwerpunkt liegt hierbei auf der Prinzipienethik.

4.1 PFLICHTETHIK KANTS

Das Hauptanliegen der Pflichtethik Kants dreht sich um die allgemeine Begründung ethischer Aussagen, die für alle Menschen immer gültig sein sollen. Kant lehnt Begründungen aus Erfahrung oder subjektiven Wünschen eines Menschen ab und lässt allein eine Begründung aus der Vernunft, die allen Menschen zu Eigen sei, zu. Darüber definiert er auch den Begriff der Autonomie, die sich laut seinen Schriften aus dem frei machen alleiniger Naturbefolgung durch Vernunft und der Freiheit der Befolgung des Sittengesetzes ergibt. Als Sittengesetz bezeichnet er solche Normen, die dem kategorischen Imperativ gerecht werden (Kant, 1785, pp. 421-439) (Kant, 1788, p. 33f). Dieser Autonomiebegriff stehe in starkem Unterschied zur gängigen Autonomievorstellung, die davon ausgehe, dass der Mensch autonom sei, wenn er sich nach seinen eigenen Wünschen ausrichten könne (Maio, 2012, pp. 23, 33f). Kant jedoch unterscheidet zwischen autonom und heteronom. Heteronomie entstehe, wenn der Mensch seinen Trieben, Sympathien, Bedürfnissen etc. folge, während Autonomie durch Emanzipation von dem menschlichen Wollen und Orientierung an rationalen Prinzipien geprägt sei. Diese Fähigkeit der Willensfreiheit unterscheide den Menschen vom Tier. Nur wer autonom handeln könne, sei in der Lage moralisch zu agieren (Lieder, 2016, p. XVf).

Kant sieht eine moralische Ordnung gegeben durch guten Willen, dessen Wollen selbst gut ist. Das Gute ist in diesem Sinne nicht an Folgen oder Ziele des Handelns gebunden, sondern an den Bestimmungsgrund, also die dem Willen zu Grunde liegende Intention. Daraus leitet er den Unterschied zwischen pflichtgemäßem Handeln und Handeln aus Pflicht ab. Pflichtgemäßes Handeln geschehe aus der Legalität heraus, scheinbar äußerlich richtig, müsse aber nicht moralisch sein, da es keine Rücksicht auf die Intention nimmt. Handeln aus der Pflicht heraus hingegen geschehe auf Grund der Moralität, sei widerspruchsfrei verallgemeinerbar und frei von eigenen Interessen. Handeln aus Pflicht folge den Maximen des Sittengesetzes (Kant, 1785, pp. 393 - 400) (Maio, 2012, pp. 23-25).

Zur Bestimmung dieses Gesetzes nennt Kant den Kategorischen Imperativ, der von einer Handlung ausgeht, die als Maxime zum allgemeingültigen Gesetz werden kann und sich nicht selbst aufhebt oder widerspricht. Der kategorische Imperativ schließt unter anderem aus, dass der Mensch nur als Mittel zum Zweck genutzt werde und nicht immer Zweck durch sich selbst ist. Nach Kant leitet sich dieser Imperativ aus der praktischen Vernunft des Menschen ab, der durch sie dazu befähigt ist gesetzgebend zu sein. Kant bewertet die Maxime und nicht die Handlung und sieht auch die Folgen der Handlung nicht als relevant

an, sondern nur inwieweit die Maxime in sich kongruent ist (Kant, 1785, pp. 421ff, 428ff). Dies ist einer der Hauptunterschiede zu dem im nächsten Kapitel vorgestellten Utilitarismus, der weder die Maxime, noch die Handlung bewertet, sondern die Folgen in den Mittelpunkt der ethischen Betrachtung stellt (Maio, 2012, p. 27f). Dieser Imperativ gelte für jedes Wesen, welches seinen Willen frei bestimmen kann und kategorisch, also ohne Einbezug anderer, außermoralischer, Gründe (Lieder, 2016, p. XVIff).

Kant unterscheidet, abgeleitet aus den Maximen, zwischen unvollkommenen Pflichten und vollkommenen Pflichten. Erste sind abgeleitet von Maximen, die verallgemeinert gelten können, aber nicht widerspruchsfrei gewollt werden können, die zweitgenannten ergeben sich daraus, dass ihnen widersprechende Maximen nicht nur nicht gewollt, sondern auch nicht gedacht werden können, da sie sich sonst selbst ad absurdum führen würden. Im Gegensatz zu den unvollkommenen Pflichten, bei denen jedem Menschen eine gewisse Entscheidungsfreiheit von Kant zugesprochen wird, sollte zur Einhaltung der vollkommenen Pflichten wenn nötig Zwang ausgeübt werden (Schroeter, 1995, p. 133f) (Maio, 2012, p. 30f).

Ein Beispiel für eine unvollkommene Pflicht ist die Pflicht, seine Talente nicht verkümmern zu lassen. Die widersprechende Maxime, seine Talente nicht zu fördern, könne zwar von einem vernünftigen Menschen nicht gewollt, aber durchaus gedacht werden. Durch die Einordnung zur unvollkommenen Pflicht ist der Mensch nicht gezwungen sein Talent immer zu fördern, sondern kann je nach Situation auch anderen Pflichten vorrangig folgen (Maio, 2012, p. 31).

4.1.1 EINORDNUNG (ASSISTIERTER) SUIZID

Als vollkommene Pflicht zählt nach Kant das Verbot der Selbsttötung, dies untermauert er mit folgenden Begründungen.

Als erstes durch sein Verbot, der Mensch dürfe nie als Objekt oder Mittel ohne Zweck gesehen werden. Wenn ein Mensch nun aber in diesem Sinne über sich selbst entscheide, behandle er sich als reines Objekt. Den Menschen als Eigentum von sich selbst zu betrachten, sei ein Verstoß gegen das Instrumentalisierungsverbot (Maio, 2012, p. 31f). Dies widerspreche auch Kants Definition der Menschenwürde, die für ihn eine wichtige Rolle spiele. Die Achtung des Sittengesetzes setze er gleich mit der Achtung vor dem Menschen als vernünftiges Wesen. Für mit der Würde des Menschen nicht vereinbar halte er dem entsprechend auch den Suizid (Wetz, 2011, p. 108f). Dieser werde als Angriff auf die Ver-

antwortung für das eigene Leben und Verpflichtungen anderen Menschen gegenüber ein-geordnet (Wittwer, 2003, pp. 320 - 330).

Zweitens würde sich eine Maxime, die den Suizid erlaube, ad absurdum führen, da es un-möglich sei, die Autonomie zur Selbsttötung zu wollen, aber durch den Tod die Zerstörung der Bedingung der Autonomie zu erlauben, da im Tod keine Autonomie mehr möglich sei (Maio, 2012, p. 31f). Dies meint Kant, wenn er sagt, dass die widersprechende Maxime nicht nur nicht gewollt, sondern auch nicht gedacht werden kann.

Dies stellt eindeutig dar, in welcher Weise die Pflichtethik Kants den Suizid beurteilt. Als vollkommene Pflicht soll das Verbot der Selbsttötung gegebenenfalls auch durch Zwang durchgesetzt werden. Ebenso wäre dann eine Beihilfe unabhängig in welcher Form oder von welcher Person zum Suizid nicht zulässig, eine gesellschaftliche oder rechtliche Rege-lung, die dies in welcher Form auch immer unterstützt, oder nicht unter Strafe stellt, mora-lisch als verwerflich anzusehen und abzulehnen.

Irrelevant ist in diesem Zusammenhang sowohl der Patientenwille, als auch die Frage in-wieweit eine Entscheidung zum Suizid frei sein kann, da lediglich die der Handlung zu-grundeliegende Maxime beurteilt wird (Vgl. ebd., p. 358). In der Kant'schen Ethik ist es somit möglich, dass eine Handlung an sich schlecht ist, in diesem Fall der Suizid auf Grund der oben genannten Argumentationskette.

4.2 UTILITARISMUS

Die utilitaristische Ethik wurde im 18. Jahrhundert von Jeremy Bentham und John Stuart Mill begründet (Beauchamp & Childress, 2013, p. 355). Erste Tendenzen fanden sich schon bei Thomas Hobbes und David Hume (Fischer, 2003, p. 123). Im Folgenden werden die fünf zentralen Charakteristika vorgestellt, die dem Utilitarismus zu Grunde liegen.

- Folgenorientiertheit

Weder die Absicht noch die Handlung an sich spielt zur moralischen Bewertung eine Rolle, allein die Folgen der gesetzten oder nicht gesetzten Handlung sind relevant. Nicht ganz klar ist hierbei, auf welche Art von Folgen die Bewertung bezogen wird, die alleinige (direkte), die beabsichtigte oder die wahrscheinlichste Folge.

- Nutzen

Weiter werden als moralisch gut die Folgen betrachtet, die einen Nutzen haben. In der frühesten Form des Utilitarismus sollte „das größte Glück der größten Zahl“ angestrebt

werden. Später wurde der Begriff des Nutzens durch andere Verfechter weiter ausdifferenziert.

- **Summenkalkulation**

Im Gegensatz zu der Kant'schen Ethik, bei der die Vernunft im Vordergrund steht, wird im Utilitarismus Glück bzw. Nutzen aufgerechnet. In die Rechnung mit einbezogen werden dabei all jene, die von der Handlung und den Folgen betroffen sind.

- **Universalismus**

Unter allen, die betroffen sind, werden alle als gleich wichtig erachtet und jedes Interesse gleich berücksichtigt. Das Wohlergehen aller wird gesehen als Summe der Einzelwohle, nicht aber als übergeordnete Idee eines größeren Gemeinwohls.

- **Empirie**

Die moralische Relevanz wird so gemessen im subjektiven Empfinden jedes Einzelnen. Es gibt keine durch Vernunft geprägte bestimmte Idee des Guten (Höffe, 2003, p. 11) (Maio, 2012, p. 38ff).

Andere Autoren, wie Peter Fischer, beschreiben vier Teilkriterien, die Bentham zum Prinzip des klassischen Utilitarismus zusammengefasst habe. Diese stimmen in einigen Punkten mit den oben genannten Charakteristika überein. Es sind Konsequentialismus, Kosten-Nutzen-Kalkül, Hedonismus/Werttheorie und Allgemeinheit (Fischer, 2003, p. 123f).

4.2.1 EINORDNUNG (ASSISTIERTER) SUIZID

Aus diesen Charakteristika ergab sich eine Werttheorie, die im Laufe der Zeit verschiedenen Entwicklungen unterlag. Hauptsächlich von einem quantitativen (Jeremy Bentham) zu einem qualitativen Utilitarismus (John Stuart Mill), der sich dadurch auszeichne, dass es nicht allein um Zufriedenheit, sondern um Glücklich sein gehe (Maio, 2012, p. 41f).

Es kam im Weiteren zu einer Unterteilung in verschiedene Utilitarismusformen, die nun mit jeweiliger Konsequenz in Bezug auf (assistierten) Suizid vorgestellt werden.

- **Handlungsutilitarismus**

Diese Form bewertet allein die Folge aus einer speziellen Handlung.

Zur moralischen Suizidbewertung ist diese Form nur schwer geeignet, da sich die Summe der Folgen auf die unterschiedlichen Menschen nur sehr schwer feststellen lassen wird, weil dies abhängig ist von vielen unterschiedlichen Faktoren, wie z.B. der

Motivation des Suizidenten/der Suizidentin, der Meinung der Angehörigen, der Position des Arztes/der Ärztin (Höffe, 2003, pp. 30-40) (Maio, 2012, p. 42).

- Präferenzutilitarismus

Die Befürworter/Befürworterinnen dieser Form sehen eine Handlung dann als gut an, wenn dadurch möglichst viele Menschen ihre Präferenz erfüllen können oder nicht daran gehindert werden.

Auf Basis dieses Konzeptes würde die Mehrheit aller über z.B. das Thema des ärztlich assistierten Suizids entscheiden (Maio, 2012, p. 42). Da solche Regelungen meist auf Bundesebene getroffen werden, wäre hier eine Einzelentscheidung pro Land denkbar.

In Deutschland, Österreich und der Schweiz würde die Entscheidung dann vermutlich zumindest zu Gunsten des assistierten Suizids ausfallen.

- Regelutilitarismus

Hierbei wird die Auswirkung nicht einer einzelnen Handlung, sondern einer Regel, die als Grundlage für entsprechende Handlungen gilt, betrachtet und welche Auswirkungen und Folgen die Regel haben könnte (Höffe, 2003, pp. 30-40).

Dies sei eine Form mit der die aktive Sterbehilfe oder der assistierte Suizid als unethisch oder moralisch schlecht betrachtet werden könne, da hier die Sorge über die Missbrauchsfolgen und einen Dammbruch schwerer wiege, als der Respekt einer Patientenentscheidung, da mehr Menschen negativ von ersterem betroffen sein könnten (Maio, 2012, p. 42).

Vor allem Handlungs- und Regelutilitarismus können zu gegensätzlichen ethischen bzw. moralischen Einschätzungen führen, weswegen es schwierig sei von dem Utilitarismus zu sprechen (Fischer, 2003, p. 129f).

Im Utilitarismus endet die Autonomie des Einzelnen, wo die Anderer verletzt wird, dabei wird summenmäßig aufgerechnet. Wie oben bereits erwähnt, ist es sehr schwierig die Folgen eines Suizids einzuschätzen und gegeneinander aufzuwiegen. Eine an sich moralisch schlechte Handlung wie in der Kant'schen Ethik existiert in dieser Werttheorie nicht, und kann somit nicht Grundlage einer Entscheidung sein.

4.3 SCHWACHSTELLEN

Die oben vorgestellten Theorien Utilitarismus und Pflichtethik haben einige Schwachstellen, die es schwierig machen, aus ihnen eine Anleitung zu ethisch richtigem Verhalten in Bezug auf medizinische Belange und den assistierten Suizid zu erlangen.

Eine der Hauptschwachstellen beider Theorien ist die kontraintuitive Bewertung. Es lassen sich Beispiele für jede der Theorien finden, deren richtiges Handeln nach dem jeweiligen Ethikverständnis uns grundsätzlich falsch erscheinen. Dazu mehr in dem entsprechenden folgenden Abschnitt.

Zunächst zu der Kant'schen Pflichtethik und der kontraintuitiven Bewertung. Versteckt man einen Unschuldigen/eine Unschuldige vor einer ungerechtfertigten Verfolgung durch zum Beispiel ein totalitäres System und klopfen seine Verfolger/Verfolgerinnen nun an der Tür und fragten nach dem/der Versteckten, dürfte sie nicht belogen werden, da eine Lüge dem kategorischen Imperativ der Pflichtethik widersprechen würde, auch wenn die Konsequenz wäre, dass eine unschuldiger Person bestraft oder getötet wird. Dieses Beispiel impliziert auch schon eine andere Problematik, nämlich zwei in Konflikt stehende Verpflichtungen, was noch deutlicher wird am Beispiel zweier Versprechen, die nicht parallel einzuhalten sind. Kant verlange hier, wie Beauchamp und Childress in ihren Texten darlegen, in Erfüllung des kategorischen Imperativs das Unmögliche (Beauchamp & Childress, 2013, p. 365f).

Dass es keine Ausnahmen gibt, widerspreche dem intuitiven gerechten Handeln, das ein zentrales Prinzip in anderen Ethiken darstelle. Auch dass nach Kant Taten aus Sympathie oder Emotion keinen moralischen Wert besitzen, sondern allein die Pflicht diese Wertigkeit hat, widerspreche unserem ethischen Empfinden und stelle gerade im medizinischen Bereich einen wertvollen Faktor dar, er sollte natürlich nicht der einzige Faktor sein (Vgl. ebd., p. 365).

Peter Singer beschreibt als einen weiteren Nachteil, eine alleinige Orientierung an Pflichten könne ohne menschliches Mitgefühl bis hin zu einem moralischen Fanatismus führen, der von uns als unethisch empfundene Taten rechtfertige oder sogar zur Pflicht mache (Singer, 1996, p. 208f).

Eine Handlung an sich als gut oder schlecht, moralisch vertretbar oder abzulehnend zu betrachten, hat unter anderem die oben genannten Nachteile, besitzt allerdings auch den Vorteil, dass es eine eindeutige Entscheidung gibt. Auch andere Teile der Kant'schen Pflichtethik sind zentrale Bestandteile dessen, was wir heute gerade im medizinischen Bereich als ethisch ansehen, allem voran einen Menschen nie nur als Mittel sondern immer auch als Zweck anzusehen und auch der Autonomiegedanke, der in Kants Ausführungen essentiell ist, prägte auf starke Weise die heutige biomedizinische Ethik (Beauchamp &

Childress, 2013, p. 365 f).

Auch im Utilitarismus kann die kontraintuitive Bewertung ethisch schwieriger Situationen als einer der Hauptkritikpunkte gesehen werden. Ein immer wieder angeführtes Beispiel ist hierbei die Frage nach der Organverteilung. Nach einem Prinzip des größten Nutzens oder Glücks für die größte Anzahl an Menschen wäre es ethisch vertretbar einen Menschen zu töten, um einer Mehrzahl anderer seine Organe zukommen zu lassen. Zu dieser kontraintuitiven Entscheidung stellt sich dann noch die Frage, ob ein solches Handeln nicht nur gerechtfertigt, sondern auch obligatorisch sei (Maio, 2012, p. 43).

Eine auf subjektiven Präferenzen beruhende Theorie wie die utilitaristische ist nach Beauchamp und Childress nur plausibel, wenn sich akzeptable Präferenzen formulieren ließen, was wiederum einem reinen Utilitarismus widersprechen würde.

Sie führen als weitere Kritik an, dass der Utilitarismus unrealistisch sei, da alle Menschen sich von allen Beziehungen, auch zu sich selbst, frei machen müssten, um das maximale Gute für andere zu erreichen (Beauchamp & Childress, 2013, p. 359f).

Ein weiterer großer Nachteil ist die weiter oben schon angesprochene Verrechenbarkeit von Glück und Leid, beides sehr subjektive Kriterien, die schwer quantifizierbar sind. Hinzu kommt noch, dass es quasi unmöglich ist, sämtliche Folgen einer Handlung abzusehen (Maio, 2012, p. 43) (Fischer, 2003, p. 141).

Problematisch sei auch, so Fischer, dass Handlungs- und Regelutilitarismus häufig zu unterschiedlichen Bewertungen einer Situation kämen, sodass erst einmal eine Festlegung auf eine der beiden Utilitarismusformen erfolgen müsse (Fischer, 2003, p. 141).

Fröhlich weist darauf hin, dem Menschen müsse doch klar sein, dass es außer Glück und Nutzen auch noch andere erstrebenswerte Dinge gebe, sodass eine alleinige Reduzierung des menschlichen Wohls darauf nicht als alleinige Grundlage einer Theorie funktionieren könne (Fröhlich, 2006, p. 118ff)

Auch im Utilitarismus finde sich eine Ungerechtigkeitskomponente, da Minderheiten übergangen werden können und es keine Möglichkeit gibt, sich gegen ungerechte soziale Gegebenheiten zu verteidigen (Beauchamp & Childress, 2013, p. 360f). David Lyons beschreibt das Fairness-Argument als Grenze der Nützlichkeit, streng utilitaristische Prinzipien könnten nicht alles leisten und neigten dazu Ausnahmen zuzulassen, die es jedoch nach einer Beurteilung bezüglich der Fairness nicht geben sollte (Lyons, 1992, pp. 223 - 244). Jedoch, so Beauchamp und Childress, biete eine utilitaristische Ethik auch die Möglichkeit einer objektiven Bewertung jeder Interessen. Diese Art der Ethik basiert auf den

Konsequenzen und dem Benefit einer Handlung, zwei Punkten, die intuitiv als korrekt angesehen werden und auch heute zentrale Bestandteile der Medizinethik sind (Beauchamp & Childress, 2013, p. 360 f).

4.4 PRINZIPIENETHIK

Beauchamp und Childress gelten als amerikanische Begründer der modernen Medizinethik. In ihrem Buch „Principles of Biomedical Ethics“ haben sie vier Prinzipien als relevante medizinethische Prinzipien benannt. Der Grundgedanke dahinter sei die Benennung allgemeingültiger Prinzipien, die auch in einer wertpluralen Gesellschaft auf Grund ihrer Ableitung aus unterschiedlichen Wertbegründungstheorien Bestand haben. Die Wertigkeit der vier Prinzipien ist dabei von Fall zu Fall unterschiedlich, in der einzelnen Falldiskussion sollten jedoch alle zumindest bedacht werden und werden von Beauchamp und Childress grundsätzlich als gleichwertig dargestellt. Die vier Prinzipien sind: Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit (Maio, 2012, p. 119f) (Beauchamp & Childress, 2013, p. 101).

Im Folgenden werden nun die vier Prinzipien aus Sicht von Beauchamp und Childress sowie einige Anmerkungen dazu vorgestellt.

4.4.1 AUTONOMIE

Über die genaue Definition des Begriffes der Autonomie, der sich aus dem griechischen ableitet und ursprünglich etwas wie Selbstverwaltung bedeutete, sei vor allem in Bezug auf die individuelle Autonomie eines Menschen kein exakter Konsens zu finden.

Laut den Autoren beinhaltet er Selbstverwaltung frei von Kontrolle (Einflüsse von außen oder Anderer), sowie das Fehlen von Limitationen, die eine aussagekräftige bzw. bedeutende Wahl verhindern (von der Person selbst ausgehend, z.B. inadäquates Verständnis). Sie führen als Beispiel für den ersten Punkt einen Insassen/eine Insassin in einem Gefängnis an, der durch äußere Umstände nicht autonom entscheiden kann und für den zweiten Punkt Personen mit geistiger Beeinträchtigung, die durch Umstände, die in ihm selber liegen, nicht in der Lage sind autonom zu handeln. Sehr wichtig erscheint hierbei, dass es einen Unterschied gebe zwischen der Kapazität autonom zu handeln und diese Handlung tatsächlich auszuführen. Personen, die normalerweise in der Lage sind autonom zu handeln, können diese Fähigkeit kurz- oder längerfristig in einer Situation verlieren, z.B. durch

Krankheit oder Depression, genauso wie Personen, die nicht in der Lage sind, jede Situation auf Grund ihrer mentalen Fähigkeiten zu verstehen, dennoch z.B. autonom entscheiden können, welches Essen sie zu sich nehmen möchten. Beauchamp und Childress formulieren aus unterschiedlichen Theorien über Autonomie zwei Bedingungen, die gegeben sein müssen, damit ein Mensch autonom handeln könne. Zum einen seine Freiheit und zum anderen seine Handlungsfähigkeit, wobei sie ebenfalls zu bedenken geben, dass auch diese Begriffe in der Literatur ungenau und nicht einig definiert werden würden (Beauchamp & Childress, 2013, p. 101f).

Zu bemerken ist hierbei, dass die Autoren eine Einschränkung der Autonomiefähigkeit sehen bei Menschen, die an einer psychischen Störung leiden. Diese Abgrenzung ist für die gesamte Thematik von Bedeutung, die Frage nach der Freiheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen würde hier allerdings wie in der Einleitung schon dargelegt, den Rahmen sprengen.

In der Theorie der Prinzipienethik formulieren die beiden drei Konditionen, die zwar nicht eine perfekte Theorie entstehen lassen, aber nach ihrer Auffassung das widerspiegeln, was oder wie „normale“ Menschen wählen, bzw. autonome Entscheidungen treffen. Zum einen die Intention, die vorhanden sein müsse, dann das Verständnis sowohl der Situation als auch der Konsequenzen einer Entscheidung und schließlich das Fehlen von Zwang bzw. Kontrolle, was eine Freiwilligkeit der autonomen Entscheidung impliziert (Vgl. ebd., p. 104).

Ähnlich dem Utilitarismus reicht die Autonomie des Einzelnen in der Prinzipienethik nur so weit, dass die Anderer nicht verletzt wird. Beauchamp und Childress betonen sehr, dass das Recht zu wählen keinesfalls mit einer Pflicht zu wählen einhergehen könne, das Ablehnen einer Information z.B. zu einer Krankheit oder einem Eingriff stelle ebenfalls eine autonome Entscheidung dar (Vgl. ebd., p. 106ff). Des Weiteren gehen sie auch auf den sogenannten „informed consent“ ein, der mittlerweile eine anerkannte Methode ist, die Autonomie eines Patienten/einer Patientin im Setting mit seinem Arzt/seiner Ärztin zu sichern. Auch hierfür formulieren sie bestimmte Bedingungen, die ihrer Meinung nach erfüllt sein sollten um von einem informed consent sprechen zu können. Diese sind Kompetenz, Freiwilligkeit, Offenlegung der Situation, Empfehlung, Verständnis, Entscheidung und Autorisation, und leiten sich aus den vorher genannten Prämissen, die dem Prinzip der Autonomie zu Grunde liegen, ab (Vgl. ebd., p. 124).

Der Respekt der Autonomie sei in der Medizin kein Ideal, sondern eine Verpflichtung, mit dieser Aussage untermauern die Autoren die Wichtigkeit des Prinzips der Autonomie (Vgl. ebd., p. 110).

Die Entwicklung des Autonomieprinzips und die große Rolle, die der Autonomiegedanke in der Medizin spielt, könne als anti-paternalistische Antwort auf das lange vorherrschende System gesehen werden. Hinzu komme noch, dass in der heutigen Zeit wenig bis kein Konsens darüber bestehe, was ein gutes Leben und Sterben ausmache. Die freie Entscheidung des Einzelnen schein die einzige Möglichkeit eine moralische Autorität abzuleiten, wie Maio in seinem Buch beschreibt. Er sieht in einer Ethik, die sich nur auf die Autonomie beruft, jedoch eine inhaltliche Resignation, da so formales Benehmen zur Norm führe. Umso wichtiger schein es herauszustellen, dass alle vier Prinzipien generell auf der gleichen Ebene angesiedelt sind, und der Autonomie keinesfalls eine Sonderrolle zukomme (Maio, 2012, p. 121f).

In Abgrenzung zu den im vorherigen Kapitel angesprochenen Ethiken gleicht das Prinzip der Autonomie dem in Mills Utilitarismus dargestellten, Autonomie als Folge der Freiheit des Menschen, soweit bis sie durch Grenzen Dritte eingegrenzt werde. Im Gegensatz dazu findet sich in der Kant'schen Pflichtethik Autonomie durch Rückbindung auf die Vernunft, sowie ein Instrumentalisierungsverbot auf Grund der Unverfügbarkeit jedes Menschen (Vgl. ebd., p. 122f).

Aus diesen unterschiedlichen Ansätzen zeichne sich ab, dass es für den Autonomiebegriff sehr relevant ist, welche Denktradition, bzw. welche Grundeinstellung dem moralischen Bewerten und Handeln zu Grunde liegt. Grundlage der Autonomie in der Medizin, die im informed consent resultiere und als gängiger Standard betrachtet werde, sei die grundsätzliche Anerkennung der Freiheit jedes Menschen (Vgl. ebd., p. 123).

4.4.2 NICHT-SCHADEN

Die Schwierigkeit des Prinzips des Nicht-Schadens bestehe vor allem darin, es von dem Prinzip der Fürsorge abzugrenzen. Dabei sei die Verpflichtung auf das Nicht-Schaden oft stringenter als die der Fürsorge (Beauchamp & Childress, 2013, p. 151).

Für die weitere Diskussion sei es schwierig, aber sehr wichtig zu differenzieren und zu spezifizieren, was mit dem Begriff des „Schadens“ gemeinhin verbunden wird und mit welcher Definition des Begriffes weiter gearbeitet werde. Die Autoren definieren Schaden als Verhindern, Ablehnen oder Zurücksetzen von jemandes Interesse, betonen aber zu-

gleich, eine schadende Aktion sei nicht immer falsch oder ungerechtfertigt. Als Beispiele führen sie einen Arbeiter an, der aufgrund mangelnder Fähigkeiten oder Motivation entlassen wird, und aus dem medizinischen Kontext eine Amputation, die nötig werden kann, um z.B. das Leben eines Menschen zu retten. Da der Begriff des Schadens sehr weitläufig gefasst werden kann und unterschiedliche Einteilungen in der Literatur zu finden sind, legen Beauchamp und Childress in ihrer Abhandlung eine besondere Konzentration auf den physischen Schaden, im speziellen auf Leid, Behinderung, Schmerz und Tod, die aus dem gesetzten Schaden entstehen können. Sie betonen sehr, dass sie die Wichtigkeit anderer Faktoren, wie beispielsweise psychischer, keinesfalls mindern oder in Abrede stellen wollen, dies jedoch in ihrem Exkurs zu weit führe (Vgl. ebd., p. 153f).

Daraus leiten sie dann fünf Handlungsanweisungen ab, die als Basis eines moralischen Entscheidens und Handelns in Bezug auf das Prinzip des Nicht-Schadens gesehen werden können.

- Nicht töten
- Weder Schmerz noch Leid verursachen
- Niemanden seiner Handlungsfähigkeit berauben
- Niemanden beleidigen
- Niemanden seiner wichtigen und guten Güter im Leben berauben

Beauchamp und Childress gehen sogar noch weiter, indem sie die These aufstellen, es gebe nicht nur eine moralische Verpflichtung das Prinzip des Nicht-Schadens zu respektieren und anzuwenden, sondern auch eine Verpflichtung kein Risiko des Schadens einzugehen. Dies sollte immer in Relation zu Wissen, in der Medizin speziell dem Goldstandard und der Situation angemessen erfolgen (Vgl. ebd., p. 155).

Das Nicht-Schaden-Prinzip gilt als eine der ältesten handlungsweisenden Richtlinien der Medizin und beruht in seinem Grundgedanken auf der Anerkennung der Rechte anderer. Dementsprechend schlug schon Jay Katz eine Einteilung des Schadens nach Verletzung des entsprechenden Rechtes vor (Maio, 2012, p. 123f), was bis heute z.B. in vielen Rechtssystemen zu finden ist. Es stellt sich also immer wieder die Frage nach dem Schadensbegriff und dessen Definition.

Laut Kant leite sich ein Nicht-Schaden als Unterlassungspflicht, bzw. negativer Pflicht aus der Unverletzlichkeit eines jeden Menschen ab, da die Verletzung nicht zur Maxime werden könne (Vgl. ebd., p. 123f).

4.4.3 FÜRSORGE

Beauchamp und Childress beschreiben in ihrer Abhandlung über die Prinzipienethik die Fürsorge als eine zentrale Grundlage der Medizin und des Gesundheitswesens. Trotzdem differenzieren sie zwischen Fürsorge und Nützlichkeit, wobei letzteres das beste umfassende Ergebnis aus dem Abwägen der Fürsorge, der Risiken und der Kosten darstellt. Diese Nützlichkeit findet sich auch im Utilitarismus, wobei sie von den Autoren als nur einen Teil der Theorie und nicht die Grundlage gesehen wird (Beauchamp & Childress, 2013, p. 202f).

Des Weiteren gehen sie auf den Unterschied zwischen Idealen und Pflichten der Fürsorge ein. Ein Ideal sei z.B. jede Möglichkeit zu nutzen, Benefit für andere zu ermöglichen, was dann sogar so weit gehen könne, das eigene Leben zu opfern. Auf die Gründe warum dies in ihren Augen nicht möglich ist, wird in einem der folgenden Absätze eingegangen. In einigen Situationen sehen sie jedoch, um moralisch zu handeln, die Pflicht, fürsorglich zu handeln, auch wenn die Grenze unklar sei. Diese Pflichten wurden in fünf Handlungsanweisungen umgesetzt:

- Schütze und verteidige die Rechte anderer
- Wende vorsorglich Schaden ab
- Verändere Bedingungen, die anderen Schaden zufügen können
- Hilf Schwachen und Menschen mit Beeinträchtigung
- Rette Menschen, die in Gefahr sind

Das Prinzip des Nicht-Schadens gelte für alle Personen, die einem begegnen, während im Gegensatz dazu das Prinzip der Fürsorge vor allem für Menschen gilt, zu denen eine Beziehung besteht, z.B. Familie und Freunde, aber auch Kinder und Patienten/Patientinnen. Sie merken an, dass es einige Vertreter der idealen, also generellen Pflicht der Fürsorge gibt, und dass dieses Thema in der Literatur kontrovers diskutiert wird. Als Antwort auf diese Sicht, die unter anderen von Peter Singer vertreten wird, entwickelten Beauchamp und Childress fünf Bedingungen, unter denen die Pflicht der Fürsorge für alle gelte (Vgl. ebd., p. 204ff):

- Leben, Gesundheit oder relevante Interessen von Y befinden sich in Gefahr
- Handlung von X ist nötig, um diese zu verhindern
- Handlung von X verhindert Gefahr aller Wahrscheinlichkeit nach
- Handlung von X ist keine signifikante Gefahr oder Bürde für X
- Hilfe für Y überwiegt die Gefahr

Zur generellen Pflicht vertreten sie die Meinung, dies sei nicht praktikabel und habe einige Limitationen, unter anderem den Widerstreit zweier moralisch verpflichtenden Situationen. Die allgemeine Pflicht in den einzelnen Fällen, in denen sie geboten sei, definieren sie immer noch als abhängig von der Situation (Vgl. ebd., p. 206f). Auf den Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge gehen sie ebenfalls ein, dazu mehr in Kapitel 3.4.5.

Auch Maio beschäftigt sich mit dem Unterschied zwischen dem Prinzip des Nicht-Schadens und dem der Fürsorge, nach seiner Differenzierung beruhen die beiden Prinzipien pflichtentheoretisch auf zwei unterschiedlichen Pflichtarten. Nicht-Schaden als negative Unterlassungspflicht und Fürsorge als positive Tugendpflicht, die eher unbestimmt sei. Nach der lexikalischen Ordnung sei somit die Unterlassungspflicht stärker bindend. Problematisch werde diese Einteilung jedoch vor allem in zwei Punkten, nämlich erstens, dass die Pflicht zur Hilfe teilweise eine Rechtspflicht sei und bei der Gefährdung eines Menschenlebens dessen Rettung mehr wiege als ein Schaden durch z.B. einen verpassten Termin und zweitens stehe diese Hierarchie häufig in Konflikt mit dem ärztlichen Selbstverständnis des Helfens als zentrale Basis der ärztlichen Identität (Maio, 2012, p. 125ff).

In Bezug auf die Fürsorge bzw. Hilfe stellt Maio klar, sie sollte die Gefahren überwiegen und müsse letztendlich der Individualität der Person gerecht werden. Das heißt eine Konkretisierung der Fürsorge müsse immer auf die Werthierarchie des Patienten zurückgeführt werden (Vgl. ebd., p. 128ff). Dies löst zumindest teilweise den Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge; je nach Wichtigkeit für den Patienten besteht die Erfüllung des Prinzips der Fürsorge dann eher in Hilfe oder in einer Wahrung seiner Autonomie.

Der Ansatz, den Maio in seinen Texten vertritt ist der, dass die Fürsorge nicht auf medizinische Maßnahmen beschränkt werden dürfe, sondern dass es sogar durch persönliche Fürsorge gegebenenfalls zu der Reduzierung invasiver oder belastender Eingriffe kommen könne (Vgl. ebd., p. 130).

4.4.4 GERECHTIGKEIT

Gerechtigkeit und was darunter zu verstehen ist, sei extrem kontrovers diskutiert und schwierig festzulegen. Zur Untermauerung stellen Beauchamp und Childress unterschiedliche Gerechtigkeitstheorien vor, von denen sie der Meinung sind, dass in unterschiedlichen Bereichen der Gesellschaft unterschiedliche Modelle zu finden seien. Den Modellen haben sie je eine Art Prinzip zugeordnet, die verdeutlichen sollen, was die zentrale Grundlage jeweils ist:

- Für jede Person anhand von Regeln und Handlungen, die die sozialen Nützlichkeit maximieren
- Für jede Person ein Maximum an Freiheit und Besitz, das sich aus der Ausübung von Freiheitsrechten und der Teilhabe an freien Handel
- Für jede Person anhand von Prinzipien der fairen Verteilung, die von Wahrnehmung des in moralischen Gemeinschaften entwickelten Guten abgeleitet werden
- Für jede Person ein gleiches Maß an Freiheit und freier Zugang zu Gütern des Lebens, die jede rationale Person wertschätzt
- Für jede Person die Mittel, die zur Ausübung von für ein blühendes Leben essentiellen Möglichkeiten nötig sind
- Für jede Person die Mittel, die für die Realisierung von Kerndimensionen des Wohlergehen nötig sind (Beauchamp & Childress, 2013, p. 251ff)

Sie vertreten die Meinung, dass es gerade im Gesundheitswesen kein Modell gebe, das alleinig ausreichend sei, um eine Situation zu beurteilen (Vgl. ebd., p. 292f).

Laut Maio hat die Wichtigkeit der Gerechtigkeit als Prinzip in der moralischen Beurteilung einer Situation in den letzten Jahren zugenommen. Umso relevanter sei es, zu verstehen, was hinter dem Wort stehe.

Maio stellt zunächst eine Aufteilung der Gerechtigkeit vor, die schon auf Aristoteles und Thomas von Aquin zurückgeht, die zwischen ausgleichender, zuteilender und legaler Gerechtigkeit unterschieden. Ausgleichend: was schuldet eine Mensch dem anderen, zahlenmäßiger Ausgleich. Zuteilend: was vom Ganzen kommt dem Einzelnen zu, verhältnismäßiger Ausgleich. Legal: was schuldet der Einzelne der Gesellschaft (Maio, 2012, p. 131f).

Zudem stellt er vier große Gerechtigkeitsmodelle vor, die so auch bei Beauchamp und Childress und der Literatur zu finden sind, da die Festlegung allein auf Gerechtigkeit in der Situation nicht weiter helfe, sondern man diese genauer spezifizieren müsse (Vgl. ebd., p. 134).

- Gleichheitsmodell (Egalitarismus)

Hierbei besteht der zentrale Maßstab für eine gerechte Behandlung in der Gleichverteilung. Im medizinischen Kontext würde dies heißen, jeder Patient/jede Patientin mit derselben Krankheit bekommt die gleiche Behandlung. Maio weist darauf hin, dass neben der Problematik der Frage, was alles gleich sein müsse, bei alleini-

ger Beachtung dieser Gerechtigkeit ein Plausibilitätsdefizit entstände, da auch noch andere relevante Zuteilungskriterien vorhanden seien (Vgl. ebd., p. 132f).

- Freiheitsmodell (Liberalismus)

In diesem Modell wird Gerechtigkeit über die größtmögliche Freiheit definiert. Ein Beispiel im Gesundheitswesen ist die private Krankenversicherung. Einen Vorteil sieht Maio in der Anpassungsfähigkeit an unterschiedliche Bedürfnisse und die gestärkte Eigenverantwortlichkeit des Menschen, einen Nachteil in der Gefahr der Zweiklassenmedizin, die aus diesem Modell entstehen könne, sofern nicht zumindest eine Grundversorgung für alle, unabhängig ihres ökonomischen Status gesichert sei (Vgl. ebd., p.133).

- Effizienzmodell

Im Mittelpunkt dieses Modells steht das Kosten-Nutzen-Verhältnis, in das auch der Aufwand mit eingerechnet werden kann. Es ist eine klare Ähnlichkeit zum Utilitarismus zu sehen. Dementsprechend sei der positive Aspekt, dass keine Ressourcen verschwendet, sondern gezielt eingesetzt werden, und der negative, dass die Benachteiligung Einzelner oder kleiner Gruppen weniger relevant sei, als die Maximierung des Nutzens (Vgl. ebd., p. 133f).

- Fairnessmodell

In diesem Modell spielt die Bedürftigkeit eine entscheidende Rolle. Sie ist das Kriterium der Verteilung von Gütern. Maio sieht in diesem Modell einen Gegenpol zu den anderen dreien, im Interesse der Bedürftigkeit käme es automatisch zu weniger Effizienz, Gleichheit und Freiheit (Vgl. ebd., p. 133f).

4.4.5 EINORDNUNG (ASSISTIERTER) SUIZID

Auf die Frage nach der ethischen Dimension des Suizids im Gesundheitswesen und damit vor allem auf Assistenz bei einem Suizid, gehen Beauchamp und Childress in ihrer Abhandlung über die Prinzipienethik vor allem in Zusammenhang mit Nicht-Schaden und Fürsorge ein. Die Autonomie wird kurz angerissen, während im Rahmen der Gerechtigkeit keine Einordnung dieses Themas stattfindet.

Sie stellen in diesem Zusammenhang drei Fragen, nämlich ob es einen Unterschied gebe zwischen töten und sterben lassen, in wie weit sich diese Begriffe mit dem moralisch Guten und Schlechten verbinden lassen und ob das Abschalten lebenserhaltender Maßnahmen manchmal eine Form des Tötens sei, und wenn ja inwieweit es sich in Suizid und Mord

differenziere. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Definitionen unbefriedigend und vage seien und allein durch die Begriffe keine genaue Differenzierung möglich sei. Jemand könne ohne Intention töten, z.B. bei einem Autounfall, aber mit der Intention eines Mordes lebensverlängernde Maßnahmen beenden (Beauchamp & Childress, 2013, p. 174f).

Zur Verknüpfung der moralischen Bewertung bemerken sie, dass ein Sterben lassen in der Medizin dem Anschein nach unter den Bedingungen akzeptabel sei, dass eine Zwecklosigkeit oder Sinnlosigkeit der Behandlung bestehe, oder der Patient/die Patientin die Behandlung abgelehnt habe. Letzteres trage dem Prinzip der Autonomie Rechnung. Der Begriff des Tötens sei im Allgemeinen negativ besetzt, was im medizinischen Kontext noch verständlich sei, jedoch nicht darüber hinaus (Selbstschutz, Unfall). Sie kommen daher zu dem Schluss, dass sich zumindest aus der Begrifflichkeit keine moralische Bewertung ableiten lasse und dass das eine nicht zwingend besser als das andere sei. Richtig und Falsch sehen sie in diesem Zusammenhang abhängig vom Wert der Rechtfertigung der zugrunde liegenden Handlung. Es seien also mehr Informationen nötig, auch über Umstände, das Motiv, den Patientenwillen, sowie die Konsequenzen, um die Tat moralisch einzuordnen. Sie grenzen davon allerdings ganz eindeutig den Begriff des Mordes ab, der per se als falsch oder schlecht anzusehen sei (Vgl. ebd., p. 176f).

Zunächst nehmen Beauchamp und Childress genauer Stellung zum Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, also der passiven Sterbehilfe. Dabei nehmen sie Bezug auf die Sicht vieler Autoren, die der Meinung sind, nur der Abbruch der Maßnahmen sei gerechtfertigt, bei dem ein natürlicher Tod eintrete, sonst müsse von töten gesprochen werden. Dieser Sicht widersprechen sie und bringen als Legitimation für den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen die Autorisation ins Spiel, die im Gegensatz zur Kausalität Abbruch – natürlicher Tod die Moralität der Handlung bedinge. Damit schließen sie den Kreis zur Autonomie als wichtigem Prinzip und deuten zugleich an, dass es sehr vom Patienten abhängt, was Schaden und Nicht-Schaden ist (Vgl. ebd., p.177).

In weiterer Folge beschäftigen sie sich mit dem ärztlich assistierten Suizid und beginnen auch hier mit der Einordnung der Begrifflichkeiten. So geben sie an, ein Abschalten lebenserhaltender Maßnahmen, bzw. ein sterben Lassen sei zwar bei Patienten/Patientinnen, die mit technischer Hilfe am Leben erhalten werden, machbar, aber nicht für Patienten/Patientinnen, die sterben möchten, jedoch noch aus eigener Kraft leben. Für einen Großteil dieser Menschen stelle die palliative Begleitung eine optimale Erfüllung ihrer Bedürfnisse dar, dies könne aber nicht in 100 % der Situationen erreicht werden. Sie weisen ebenfalls darauf hin, dass bei einem Prozess, in dem der Arzt/die Ärztin ein Rezept für

ein tödliches Medikament ausstellt und der Patient/die Patientin dieses zu sich nimmt, weder von einem sterben Lassen, noch von Töten gesprochen werden könne (Vgl. ebd., p. 178).

In den Augen der Autoren gibt es Situationen, in denen der ärztlich assistierte Suizid gerechtfertigt sei. Dazu formulieren sie einige Bedingungen, die dazu erfüllt sein sollten:

- Freiwilliger Antrag beschlussfähiger Patienten/Patientinnen
- Eine andauernde Patienten – Arzt Beziehung
- Eine informierte Entscheidung sowohl des Patienten/der Patientin als auch des Arztes/der Ärztin
- Ein unterstützendes, aber auch kritisches Umfeld
- Eine durchdachte Ablehnung der Alternativen
- Das Einbinden weiterer medizinischer Parteien
- Deutlich formulierte Patientenaussage zur Präferenz des Todes
- Unakzeptables Leid
- Eine möglichst schmerzlose und humane Methode

In solch einer Situation oder deren eintreffende Annahme handle ein Arzt/eine Ärztin in Erfüllung des Patientenwunsches nicht moralisch falsch (Vgl. ebd., p. 184ff). Diese Sicht rechtfertigen Beauchamp und Childress mit dem Prinzip der Autonomie und des Nicht-Schadens. Einen begründeten Antrag autonomer Patienten/Patientinnen abzulehnen, verletze deren Rechte, auch da es Situationen gebe, in denen der Tod weniger Schaden als das Weiterleben bedeute (Vgl. ebd., p. 182).

Ihrer Meinung nach sollte der ärztlich assistierte Suizid als Teil des Kontinuums der medizinischen Versorgung gesehen werden, im Sinne einer Therapiezieländerung, falls dies nötig werde. Heilung – palliative Begleitung – ärztlich assistierter Suizid, wobei sie betonen, Schmerz- und Leidenskontrolle sei moralischer Imperativ, könne allerdings nicht in allen Situationen zufriedenstellend erreicht werden. Sie weisen außerdem darauf hin, dass die Frage wie Missbrauch, gerade rechtlich, verhindert werden kann, sehr wichtig, aber für die moralische Einordnung der Handlung an sich irrelevant sei (Vgl. ebd., p. 185f).

Es gehe ihnen vor allem um Situationen, in denen der Tod sehr wahrscheinlich oder unabwendbar sei und diese beziehen sich in dieser Argumentationskette vor allem auf das Prinzip der Autonomie und des Nicht-Schadens. In Bezug auf das Prinzip der Fürsorge merken sie an, dass sich aus dem Prinzip des Nicht-Schadens keine Pflicht der Fürsorge in irgendeiner Form der Assistenz ableiten lasse (Vgl. ebd., p. 192f).

Eingehend auf den Konflikt zwischen dem Prinzip der Autonomie und dem der Fürsorge thematisieren sie außerdem in einem eigenen Abschnitt die Suizidprävention, bzw. inwieweit es gerechtfertigt sei, in einen Suizid einzugreifen. Dabei gehen sie auf die oft angeführte Rechtfertigung des Eingriffs ein, es sei besser für den Patienten (Fürsorge) und führen diese auf einen Paternalismus zurück, der in einigen Situationen zu einer Beschneidung der Autonomie führe. Weiter richten sie sich an die Vertreter/Vertreterinnen der These, ein Suizid trete immer nur im Rahmen einer psychischen Erkrankung auf und stellen fest, dass die Beweispflicht für das Gegenteil nicht bei der suizidwilligen Person liege. Wie im Kapitel zur Autonomie beschrieben, könne eine psychische Erkrankung jedoch zur Einschränkung der Autonomie führen. Ihrer Einschätzung nach gibt es Situationen, in denen ein Eingriff gerechtfertigt sei und solche, in denen der autonomen Entscheidung durch Unterlassen eines Eingreifens Rechnung getragen werden sollte (Vgl. ebd., p. 223ff).

4.5 PETER SINGER

Peter Singer ist ein australischer Ethiker, geboren 1946 in Melbourne, der durch seine radikalen Ansichten bezüglich Sterbehilfe einen Gegenpol zu vielen anderen Autoren darstellt. Auf seine Argumentationskette soll im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden.

4.5.1 BEGRIFFSDEFINITIONEN

Singer unterscheidet drei Arten von Euthanasie. Hierzu sei angemerkt, dass der Begriff Euthanasie im englischsprachigen Raum nicht in gleicher Form negativ besetzt ist wie im deutschsprachigen, weswegen er auch im Folgenden im Sinne Singers verwendet wird.

Ebenso wie die weiter oben vorgestellten Autoren merkt Singer zunächst an, die in der Diskussion um Sterbehilfe verwendeten Begriffe seien oft zu vage und zudem teilweise negativ besetzt. Er stellt noch einmal den Unterschied zwischen assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen dar, indem er auf den Unterschied in der Tatherrschaft verweist und beschäftigt sich danach hauptsächlich mit den Formen der Euthanasie und deren Rechtfertigung (Singer, 2013, p. 283). Relevant ist hierbei, dass Singer der biologischen Zugehörigkeit zur menschlichen Rasse keine moralische Relevanz beimisst, sondern stattdessen Schmerzempfinden und Selbstbewusstsein in den Vordergrund rückt. Eine Person ist für ihn ein Wesen, das sich seiner selbst im zeitlichen Kontinuum bewusst ist und dass

dadurch einen besonderen Wert hat, da es ausbildbare weitergehende Präferenzen verfolgt (Singer, 2013, p. 288f).

Daraus folgt, dass Säuglinge, schwer geistig beeinträchtigte Menschen und Tiere (alle sich ihrer selbst nicht in dem Maß bewusste, wie Menschen mit „normaler“ geistiger Kapazität) nach der Theorie Singers auf einer Stufe stehen und gleich behandelt werden sollten.

4.5.1.1 FREIWILLIGE EUTHANASIE

Unter freiwilliger Euthanasie versteht Singer das Töten einer Person auf deren freiwilliges Verlangen. Dazu müsse die Person im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte und angemessen informiert sein. Die Euthanasie sei auch dann noch freiwillig, wenn die Person zum Zeitpunkt des Todes nicht mehr geistig klar sei, sie jedoch schriftlich ihren Wunsch dargelegt und von Zeit zu Zeit bekräftigt habe (Vgl. ebd., p. 283f).

Dies entspricht weitestgehend dem Vorgehen in der Niederlande, Belgien und Luxemburg und damit in unserem Sprachgebrauch der Tötung auf Verlangen.

4.5.1.2 UNFREIWILLIGE EUTHANASIE

Im Falle der unfreiwilligen Euthanasie sei eine Person fähig dem eigenen Tod zuzustimmen, werde aber entweder nicht gefragt oder treffe die Entscheidung weiterzuleben. Dies sei auch nur in dem Fall als Euthanasie zu werten, würde die Tötung der Person aus dem Grund erfolgen, ihr Leid zu ersparen. Singer gibt selbst zu, dass solch eine Situation nur schwer vorzustellen und in der Realität sehr selten anzutreffen sei (Vgl. ebd., p. 284f).

In den meisten Fällen würde ein solch gearteter Fall in unserem Rechtssystem wohl als Totschlag oder Mord gelten.

4.5.1.3 NICHTFREIWILLIGE EUTHANASIE

Nichtfreiwillige Euthanasie sieht Singer dann gegeben, wenn für eine Person entschieden wird, die nicht in der Lage ist selbst zu entscheiden. Er nennt als Beispiel schwer kranke oder behinderte Kinder, sowie Menschen, die auf Grund ihres Alters, eines Unfalls oder einer Krankheit nicht mehr selbst Entscheidungen treffen können (Vgl. ebd., p. 285ff).

Singer ist damit einer der wenigen, der offen über Infantizid schreibt und diesen auch in einigen Fällen für absolut moralisch gerechtfertigt hält.

Hier sieht die aktuelle Einordnung differenzierter aus. Bei schwerwiegender Krankheit, bereits begonnenem Todesprozess, also einem Sterben lassen, ist diese Vorgehensweise durchaus legitim. Trotzdem zeigt sich gerade bei Kindern eher die Tendenz zum Lebenserhalt, wahrscheinlich bedingt auch durch die Angst vor einem Vorwurf der Euthanasie und weil eher ein Wille zum Leben angenommen wird.

4.5.2 EINORDNUNG DER EUTHANASIEFORMEN

Zur nichtfreiwilligen Euthanasie schreibt Singer, wobei er sich in seiner Argumentation hauptsächlich auf den Infantizid bezieht, die Tötung eines Säuglings sei nicht gleichzusetzen mit der Tötung selbstbewusster Wesen, sondern folge denselben Prinzipien wie die Tötung empfindungsfähiger, aber nicht vernunftbegabter Tiere. Ein Recht auf Leben sei nur zuzuschreiben, wenn eine Form von Bewusstsein vorhanden sei. Daher spielt für ihn die Qualität des Lebens eine wichtige Rolle (Vgl. ebd., p. 288f).

Den Wunsch der Eltern, ob ihr Kind leben oder sterben soll, sieht Singer als Begründung für oder gegen den Infantizid. Unter der Prämisse, die Eltern wollten ihr Kind nicht und kein anderes Paar wolle es adoptieren, was er bei schwer behinderten Kindern als realistisch ansieht, gibt es für ihn keinen Grund diesen Säugling am Leben zu erhalten, sofern das Leben dieses Kindes lebensunwert sei (Vgl. ebd., p. 289f).

Anders betrachtet er die Situation bei Säuglingen mit ebenfalls schlechter Prognose, deren Leben aber vielleicht lebenswert sei. Hier differenziert er zwischen einem Total- und einem Vorherige-Existenz-Utilitarismus. Die Totalansicht verstehe den Säugling als ersetzbar, da die Familie stattdessen einen gesunden Säugling bekommen könne und das Glück der Eltern, sowie das glücklichere Leben des gesunden Säuglings höher wiegen. Von einem Vorherige-Existenz-Utilitarismus ausgehend, der nur die zum Zeitpunkt der Entscheidung Lebenden miteinbezieht, sei die Euthanasie nicht vertretbar, da dort der gegebenenfalls gesunde nächstgeborene Säugling nicht ins Gewicht fällt. Singer argumentiert, dass in der heutigen Gesellschaft längst entschieden werde, ob ein Leben lebenswert sei oder nicht und bringt das Beispiel der häufigen Abtreibungen bei Diagnose einer Trisomie 21. Wenn die Geburt aber nun keine moralisch relevante Grenze darstelle, gebe es keinen Grund ein behindertes Kind nicht auch nach der Geburt zu töten. Er propagiert ein Entscheidungsrecht der Eltern, da diese ja, seiner Definition nach, betroffene Personen sind, während der Säugling keinen Personenstatus besitzt (Vgl. ebd., p. 291 - 300).

Auf den Fall eingehend, eine Person verliere die Fähigkeit sich selbst wahrzunehmen und die Ängste, die daraus gerade bei Älteren entstehen sie würden einmal in das Anwendungsgebiet der nichtfreiwilligen Euthanasie fallen, schlägt Singer ein Vorbeugen durch schriftliche Verweigerung der Euthanasie vor, die zudem den Nutzen habe, langwierige und kostspielige Gerichtsverfahren zu vermeiden (Vgl. ebd., p. 303).

Gründe für den Wunsch nach freiwilliger Euthanasie sieht Singer vor allem in der Furcht vor einem in die Länge gezogenen Tod und dem damit gegebenenfalls einhergehenden verlängerten Leid. Er argumentiert, der Präferenz einer Person sei Folge zu leisten, ebenso wie ihre Autonomie zu achten. Bezüglich des Irrsins wögen eine geringe Zahl unnötiger Todesfälle nicht Jahre des Leids auf und auch ein langes Leben sei kein so hohes Gut, dass es alles andere aufwiege (Vgl. ebd., p. 306 - 309).

Für die unfreiwillige Euthanasie findet Singer keine Rechtfertigung, er zählt im Gegenteil einige Gründe auf, wegen derer unfreiwillige Euthanasie moralisch nicht zu rechtfertigen sei. Zum einen würden Präferenz und Autonomie des Opfers nicht beachtet und zum anderen könne, da eine Person durch ihr Bewusstsein die Fähigkeit habe, ihren eigenen Tod zu fürchten, die unfreiwillige Euthanasie schlimme Auswirkungen auf andere haben. Zuletzt führt Singer, an um ein Recht auf Leben zu haben, müsse die Fähigkeit vorhanden sein die Fortsetzung desselben zu wünschen (Vgl. ebd., p. 316 - 319).

Des Weiteren beschäftigt sich Singer mit der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie und stellt die provokative Frage: „Vorausgesetzt, dass es richtig ist, zuzulassen, dass Säuglinge sterben: Warum ist es dann falsch, sie zu töten?“ (Vgl. ebd., p. 322). Er kommt zu dem Schluss eine Unterscheidung sei unhaltbar, zwischen sterben lassen und Töten gebe es an sich keinen moralischen Unterschied, es könnten nur andere Faktoren ins Gewicht fallen. Auf Grund äußerer Umstände, und in diesem Zusammenhang vor allem der Zeit, die bis zum Todeseintritt vergeht, sei es humaner aktive Euthanasie zu betreiben (Vgl. ebd., p. 327f, 331).

Schlussendlich geht Singer noch auf das Slippery-Slope-Argument ein, dass einen Dammbruch befürchtet, sollte Euthanasie bzw. Sterbehilfe legalisiert werden. Dabei führt er aus, als Beispiel für das, was passieren könne, werde häufig die NS-Zeit herangezogen, dabei sei die Nazi-Euthanasie meist unfreiwillig gewesen, eine Euthanasieform, die er auch ablehne. Zurückgreifend auf das Beispiel der abgetriebenen Trisomie21-Feten bekräftigt er noch einmal seine Meinung, es gebe längst eine Bewertung von lebenswert bzw. lebens-

unwert, auch vor dem Hintergrund, dass es Kriterien für ein sterben Lassen gebe. Er zieht weiterhin die Statistiken von Oregon heran, die das Einpendeln der Todesfälle nach Legalisierung des assistierten Suizids aufzeige (Vgl. ebd., p. 334 - 339).

Er schließt, letztendlich müsse eine Abwägung stattfinden zwischen einem kleinen Risiko der unerwünschten Konsequenzen und dem greifbaren Schaden, der durch die traditionelle Ethik, also die momentan vorherrschende ethische Meinung, entstehe (Vgl. ebd., p. 339).

Singer gehört sicherlich zu den radikalsten Vertretern der Sterbehilfe, und ruft durch das rationale Durchdenken von Szenarien auf Grundlagen seiner Prämissen bei den meisten Menschen Unbehagen hervor. Denn für viele wird damit die eigene Existenz in Frage gestellt.

5 NEUE TERMINOLOGIE

Da die Begrifflichkeiten der Sterbehilfe teilweise stark negativ besetzt und außerdem nicht immer eindeutig sind, schlugen sowohl die österreichische Bioethikkommission als auch der Deutsche Nationale Ethikrat eine Änderung der Nomenklatur vor. Der Begriff der Euthanasie ist im deutschsprachigen Raum auf Grund des Missbrauchs in der Zeit des Nationalsozialismus verpönt, während er im englischsprachigen Raum zumeist ohne negative Konnotation benutzt wird.

Die Kommission und der Ethikrat geben an, die bisher genutzten Begriffe seien nicht mehr zeitgemäß und könnten vor allem die Vorgänge am Lebensende, die mit Therapiezieländerung und palliativen Maßnahmen einhergingen, nicht differenziert abbilden (Bioethikkommission Österreich, 2011, p. 12). Stattdessen sollten die nun im Folgenden vorgestellten Begrifflichkeiten genutzt werden.

5.1 STERBEBEGLEITUNG

Begleitung des Sterbenden/der Sterbenden in Bezug auf Pflege, Betreuung und Symptomlinderung. Ebenso menschliche Zuwendung und Beistand. Zu allen gesetzten Maßnahmen

ist die Zustimmung des Patienten/der Patientin notwendig (Vgl. ebd., p. 12).

5.2 THERAPIE AM LEBENSENDE

Alle medizinischen Maßnahmen, auch palliativmedizinische, am Lebensende mit der Zielsetzung die Lebensqualität zu erhöhen, das Leben zu verlängern oder Leiden zu lindern (Vgl. ebd., p. 12).

5.3 STERBEN ZULASSEN

Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen wenn der Krankheitsverlauf eine Behandlung nicht sinnvoll erscheinen lässt oder der Sterbeprozess dadurch hinausgezögert wird (Vgl. ebd., p. 12).

5.4 EINORDNUNG

Fraglich ist, inwieweit in dem Zusammenhang neue Begrifflichkeiten benötigt werden. Seit Herausgabe der Empfehlungen hat meiner Erfahrung nach im öffentlichen Sprachgebrauch keine Angleichung der Begriffe stattgefunden. Auffallend ist weiterhin, dass lediglich Begriffe neu definiert wurden, deren Inhalt dem entspricht, was weithin als erlaubt und geboten gilt, nicht jedoch in Bezug auf den assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen, die jedoch auch eine als eher negativ anzusehende Konnotation besitzen.

Die empfohlenen neuen Definitionen klingen weniger wertend und sind zweifelsfrei weniger stark negativ besetzt, allerdings bilden sie die entsprechenden Vorgänge nicht wirklich differenzierter ab als ihre Vorgänger und sind ebenfalls sehr offen und ungenau definiert.

Inwieweit sich diese neue Terminologie durchsetzen wird, wird die Zukunft zeigen.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Autonomie, Unantastbarkeit des Lebens und die Würde des Menschen sind die Hauptargumente, die in jeder Diskussion über Sterbehilfe unweigerlich irgendwann auftauchen. Sie beschreiben die Kontrapunkte, zwischen denen sich vor allem die ethischen Fragestellungen aufspannen. Ein ethisches Dilemma entsteht immer dann, wenn zwei oder mehr für wichtig und richtig erachtete Güter in Konflikt geraten, wie dies hier der Fall ist. Das erklärt auch ansatzweise die Heftigkeit und die Emotionalität, mit der diese Debatten geführt werden.

Im Folgenden sollen nun noch einmal die wesentlichen Aspekte zusammengefasst und aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden.

6.1 AUTONOMIE

Peintingers Definition von Autonomie als „Recht und Vermögen des Menschen selbstständig zu entscheiden, was mit ihm geschehen soll“ (Peintinger, 2008, p. 85) ist eine von vielen Definitionen der Autonomie und damit wichtige Grundlage in der Diskussion um Sterbehilfe. Die Auffassungen Kants, sowie Beauchamps/Childress sind weiter oben aufgeführt zu finden.

Michael Peintinger beschreibt in seinem Buch *Ethische Grundlagen in der Medizin* einige relevante Annahmen und versucht Irrtümer in Bezug auf die Autonomie darzulegen. So nennt er einige Bedingungen, die seiner Meinung nach gegeben sein sollten, um eine autonome Entscheidung zu ermöglichen. Vieles davon findet sich unter anderem auch bei Beauchamp und Childress wieder. Das Wesen einer autonomen Entscheidung beruhe auf ausreichend Information und der Freiheit äußerer und innerer Zwänge und abgesehen von kulturellen, natürlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen müsse eine tatsächliche Möglichkeit des Wählens bestehen. Die einfachste Form sei das Wählen zwischen tun und unterlassen, wobei es im medizinischen bzw. therapeutischen Bereich immer um die Entscheidung zweier autonomer Personen gehe (Vgl. ebd., p. 85f). Vor allem den letzten Punkt gilt es als relevant herauszuheben, findet er sich doch nicht bei allen Autoren/Autorinnen und rückt das Recht des Arztes/der Ärztin als gleichwertig zu dem der Pa-

tienten/Patientinnen in den Fokus. Damit stellt sich auch das Recht des Arztes/der Ärztin dar, eine Suizidassistenz, aus welchen Gründen auch immer, abzulehnen.

Peintinger zählt einige Irrtümer bzw. Gefahren auf, die seiner Meinung nach in Bezug auf Autonomie relevant sind, viele davon spielen auch für die Patienten-Arzt-Beziehung eine wichtige Rolle. Zum einen nennt er die Gefahr, die Selbstbestimmung rein auf die Zustimmung zu einem Eingriff einzugrenzen, sowie die Vernachlässigung der Autonomie aufgrund einer Wissensasymmetrie zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Dann weist er auf die Illusion hin, die eigene Wertung könne ausgeblendet werden, sowie auf den Trugschluss, vermehrte Berücksichtigung der Autonomie führe zu einer Verminderung der Fürsorge. Speziell auf den medizinischen Bereich eingehend gibt er zu bedenken, dass Autonomie häufig als Luxus bzw. Geschenk für den Patienten/die Patientin aufgefasst werde und die nicht nachvollziehbare Differenzierung bei Zustimmung zur Meinung des Arztes/der Ärztin spreche die Autonomie aus dem Patienten/der Patientin, bei Ablehnung werde aber Inkompetenz vermutet (Vgl. ebd., p. 89f).

Er weist darauf hin, dass Recht auf Autonomie nicht mit Kompetenz derselben gleichgesetzt werden könne und dass es bei fehlender Kompetenz notwendig sei, diese durch ethisch angemessene Ersatzmöglichkeiten zu kompensieren und darauf hinzu arbeiten dem Patienten/der Patientin wieder autonome Entscheidungen zu ermöglichen (Vgl. ebd., p. 92f).

Im Zusammenhang mit der Autonomie stellt sich unweigerlich in Bezug auf Sterbehilfe die Frage, inwieweit die Entscheidung zum Suizid, gerade bei unheilbar kranken und schwer leidenden Personen, frei sein kann. Die Frage nach der Determiniertheit der Menschen soll hier nur kurz gestreift werden, prinzipiell ist zu sagen, dass das Verhalten der meisten Menschen sowie auch unser Rechtssystem der Annahme entspringt, der Mensch könne in seinem Handeln eine Wahl treffen und frei entscheiden. Jedoch gibt es auch Philosophen wie Skinner, die der Meinung sind Freiheit und Würde seien Illusion und es sei sinnlos von moralischem Handeln zu sprechen (Pieper, 2007, p. 168). Dies sei der Vollständigkeit wegen an dieser Stelle erwähnt.

Michael Friess trifft eine interessante Unterscheidung zwischen Menschen, die nicht mehr leben wollen und nach seinen Worten „lebensatt“ sind und jenen, die nicht mehr leiden wollen. Letzteren spricht er die Hauptmenge zu, Menschen die leben wollen ohne zu leiden. Da ihnen diese Option verwehrt sei und sie nur noch die Wahl zwischen Leben mit

Leiden oder Sterben hätten, spricht er von einer sekundär freiwilligen Entscheidung (Friess et al, 2012).

Die Entscheidung, einen assistierten Suizid nicht zu unterstützen, bzw. keine aktive Sterbehilfe zu begehen, lässt sich mit dem eigenen Recht auf Autonomie begründen. Es stellt sich aber immer noch die Frage, wie eine Suizidintervention einzuordnen ist.

Winfried Kahlke beschreibt in seinem Buch *Ethik in der Medizin*, ein Eingriff bei autonomer Entscheidung sei eine Beschneidung dieses Rechts. Oft geschehe ein Suizid jedoch aus einer psychischen Notsituation heraus und dies sei für den Helfer/die Helferin in der vorliegenden Situation oft nicht differenzierbar. Deshalb argumentiert er in *dubio pro vita*, im Zweifel für das Leben. Er weist allerdings darauf hin, die Helfer/Helferinnen sollten sich zumindest bewusst sein, dass sie sowohl das Autonomierecht beschneiden, als auch in die Gefahr laufen ethisch gut begründet eine moralisch nicht gerechtfertigte Tat zu begehen (Kahlke & Reiter-Theil, 1955, p. 93f).

Auf die Situation einer bekannten autonomen Entscheidung geht er nicht ein.

Da es einige unterschiedliche Auffassungen der Autonomie zu geben scheint, sollte in einer Diskussion zumindest vorher geklärt werden, von welcher Autonomieauffassung die Beteiligten ausgehen und ob sich eine gemeinsame Basis finden lässt. Wie oben schon erwähnt, lässt sich die Thematik der Autonomie nicht in diesem Unterkapitel zur Genüge behandeln, jedoch sollten die relevantesten Punkte hinsichtlich der Sterbehilfe abgedeckt sein.

6.2 UNANTASTBARKEIT DES LEBENS

Die Unantastbarkeit des Lebens oder auch Heiligkeit wird häufig von sich selbst als gläubig oder spirituell bezeichnenden Menschen in die Diskussion eingebracht.

Michael Friess fasst die Argumente vor allem bezüglich des christlichen „Du sollst nicht töten“ zusammen. Wie in Kapitel 2.2 bereits erwähnt, kam es vor allem in der Zeit des Mittelalters zu einer Verdammung des Suizids durch die Kirche. Kirchenvater Augustin nannte zu seiner Zeit drei Begründungen, die gegen einen Suizid sprächen:

- Wenn der Mensch unschuldig sei, dürfe er sich nicht selbst töten
- Wenn der Mensch schuldig sei, dürfe er sich auch nicht selbst töten, da dies Selbstjustiz sei

- Mit einem Suizid nehme sich der Mensch die Möglichkeit der Reue (Friess et al, 2012, p. 31)

Friess merkt an, dass es immer Ausnahmen dieses Verbots gegeben hätte und wie interessant der Unterschied zwischen den großzügigen Argumenten für das Töten und der restriktiven Haltung bezüglich des Suizids sei. In der Bibel seien außerdem neun Fälle der Selbsttötung beschrieben, die entweder unkommentiert blieben oder als ehrenvoll dargestellt würden (Vgl. ebd., p. 26 - 30). Er stellt die Frage, wo der Mensch eingreifen dürfe (Reanimation, lebenserhaltende Maßnahme oder Abstellen derselben), wenn Gott als Herrscher über Leben und Tod gesehen werde, und inwieweit der Mensch Gottes Willen durchkreuzen könne, halte man an seiner Allmacht fest (Vgl. ebd., p. 33f). Es gebe aber auch im christlichen Bereich Tendenzen, die sich in der schöpfungsmäßigen Selbstbestimmung, sowie im seelsorgerischen Selbstverständnis der Theologen begründeten und sich unter anderem auf die Haltung, die Jesus gegenüber Leidenden eingenommen habe, zurückführen ließen und eher in Richtung Begleiten der Lebenssituation als Verurteilung eines Suizidwunsches oder -versuches führten (Vgl. ebd., p. 90f).

Dietrich Grönemeyer dagegen sieht das Leben als Geschenk an, das nicht zur Disposition steht. Krankheit als Chance, die zum Nachdenken anrege, aber keinesfalls als Schuld zu interpretieren sei. Das unantastbare Prinzip der Heiligkeit des Lebens sei bereits in der Bibel zu finden (Grönemeyer, 2015, pp. 28, 60f). Elisabeth Kübler-Ross geht noch einen Schritt weiter und bezeichnet das Leiden als ein Geschenk Gottes, zu einem bestimmten Zweck gesandt (Kübler-Ross, 1994, p. 50f). Sie spricht jedem Menschen einen freien Willen und damit auch die Möglichkeit zu einem autonomen Suizid zu, sieht ihn aber zugleich in der Verantwortung für seine Tat und damit verantwortlich für das Leid, welches er hinterlasse. Dabei differenziert sie jedoch zwischen einem autonomen Suizid und einem Suizid im Rahmen einer psychischen Erkrankung, bei letzterem sei der Patient nicht verantwortlich (Vgl. ebd., p. 131ff).

Andere Argumente in diesem Zusammenhang sind die Endgültigkeit der Entscheidung zum Tod, sowie vor allem die Angst des Missbrauchs und des Kontrollverlusts über den Wert des menschlichen Lebens, welche in anderen Zusammenhängen behandelt werden.

Die letzten Abschnitte zeigen die restriktivsten Einstellungen zu Suizid und Sterbehilfe sowie entsprechende Gegenargumente auf. Dass die Einstellungen im christlichen oder spirituellen Bereich auch alle Nuancen dazwischen umfassen, auch wenn diese hier nicht

explizit erwähnt werden, sollte bei der Komplexität, die dieses Thema bietet, nicht weiter verwunderlich und selbsterklärend sein.

6.3 WÜRDE

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“ (Artikel 1 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte). 1948 wurde die Charta der Menschenrechte verkündet. Auch im deutschen Grundgesetz findet sich in Artikel 1 festgeschrieben die unantastbare Würde eines jeden Menschen. Der Zusatz „Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ (Art. 1 dt. GG). macht deutlich, dass die Würde ein Gut ist, welches durchaus antastbar und verletzbar ist (Stoecker, 2016, p. 87ff). So sieht auch Michael Peintinger diese Definitionen als Ermahnungen die Würde zu achten (Peintinger, 2008, p. 23).

Die Würdedefinition ist ein Satz, der in dieser oder ähnlicher Form eine zentrale Rolle in der Debatte um Sterbehilfe einnimmt. Interessant ist, dass beide Seiten mit der Würde des Menschen argumentieren, sowohl Befürworter als auch Gegner nutzen die „Würde“ oft als ein alles schlagendes Argument, da ihr Schutz ja quasi selbstverständlich sei.

Peintinger beschreibt einige problematische Aspekte, die auch in der Diskussion um Sterbehilfe eine entscheidende Rolle spielen. Er beginnt mit dem wohl größten Problem, dem unklaren Begriffsinhalt. Das Fehlen eines allgemeinen inhaltlichen Konsenses führe zu Missbrauchs- und Verständnisproblemen. Des Weiteren komme es durch die inflationäre Verwendung des Begriffes „Würde“ zu einer Abnutzung desselben, was in Folge dazu führe, dass der Appellcharakter der der Würde und deren Schutz innewohnt, verloren gehe. Er beschreibt außerdem, und dies sei besonders problematisch in einem ethischen Diskurs, dass die Würde als „Totschlagargument“ genutzt werde und dadurch der Diskurs abbreche, wodurch die Beschäftigung mit anderen Argumenten und auch ein gegebenenfalls möglicher Konsens ausbleibe. Die Argumentation über die Würde sei keine wirkliche Hilfe in der Bewältigung einer konkreten Situation und sie könne leicht als „Joker“ benutzt werden, um über die Autonomie persönliche Wünsche durchzusetzen, indem die Würde mit der Autonomie verknüpft werde (Vgl. ebd., p. 27f.)

In den folgenden Abschnitten werden nun einige Argumentationsstränge, die im Zusammenhang mit dem Würdebegriff bei unterschiedlichen Autoren auftauchen, dargelegt.

Der Schutz der Würde werde durch das Recht auf körperliche Unversehrtheit und andere Grundrechte geschützt, die es zu erhalten gelte (Grönemeyer, 2015, p. 28ff). Gegner/Gegnerinnen der Sterbehilfe führen die Würde häufig auf die Unantastbarkeit des Lebens zurück, die bereits in Kapitel 6.2 näher erläutert wurde. So auch Grönemeyer, der die Würde als unantastbares Prinzip beschreibt, das bereits in der Bibel zu finden sei und dessen Nichtbeachtung sich in Verachtung und Demütigung des Menschen niederschlage; der assistierte Suizid sowie eine aktive Sterbehilfe seien dementsprechend abzulehnen. Durch die fundamentale Gleichheit sei der Mensch göttlich und er schließt in diesen Würdebegriff dadurch explizit Menschen ein, die ihre Sinne verlieren oder sie nicht richtig entwickelt haben (Vgl. ebd., p. 26ff). Dadurch steht seine Position in starkem Gegensatz zu der Peter Singers, einem der radikalsten Vertreter von Euthanasie und Sterbehilfe. Zur Argumentation Singers siehe Kapitel 4.5.

Robert Spaemann beschreibt den Gedanken der Würde als einen fundamental ethischen und seine theoretische Begründung, im Sinne einer für alle der menschlichen Rasse zugeordneten Existenz und Unverlierbarkeit der Würde, nur haltbar in einer metaphysischen Ontologie, also in einer Philosophie des Absoluten, z.B. eines Gottes. Er beschreibt, dass deswegen Nietzsche und Marx in einer atheistischen Weltanschauung Würde als etwas herzustellendes, aber nicht von Anfang an existenzielles und zu respektierendes bezeichnen (Spaemann, 1987, pp. 297 - 306).

Es gibt allerdings noch andere Definitionen bzw. Rückführungen des Wertes Würde.

So beschreibt Günther Loewit in seinem Buch *Sterben zwischen Würde und Geschäft* das Sterben als für jeden Menschen zwingend und damit als wert- und würdefrei. Lediglich die Umstände könnten sich diesen Bewertungen unterwerfen (Loewit, 2014, p. 69f). In seinem Buch führt er aus: „Wo es keine medizinische Sicherheit gibt, kann es keine juristische Sicherheit geben“ (Vgl. ebd., p. 75) und er führt weiter aus, weder Gesetze noch ethische Handlungsanweisungen könnten die ärztliche Kompetenz oder menschliches Feingefühl in solch einer Situation am Lebensende kompensieren. Weiterführend, da der Würdebegriff oft mit der Frage nach der Lebensqualität verknüpft werde, gibt Loewit an, es sei eine anmaßende Fragestellung, ob ein Leben lebenswert sei oder nicht, und geht in Anbetracht des Wandels der Antwort auf diese Frage im Laufe der Zeit davon aus, dass es durch die Begrenztheit der finanziellen Ressourcen nicht mehr töten – sterben lassen heißen wird, sondern „adaptierte Therapieziele“ – „Priorisierung bestimmter Behandlungsmethoden“ (Vgl. ebd., p. 269f). Noch einmal Bezug nehmend auf den Begriff der Würde würden die Begrif-

fe Gesundheit und Krankheit durch den Tod relativiert, so dass der Tod als Befreiung von Schmerz und Leid als endgültiger Gesundungsprozess gesehen werden könne (Vgl. ebd., p. 322f).

Zur Würdedefinition Kants siehe Kapitel 4.1.1. Auch Kant legt dar, die Würde des Menschen sei mit dem Suizid nicht vereinbar.

Die Ansichten der Autoren zeigen ansatzweise die Vielfältigkeit und Komplexität, die mit dem Argument der Würde des Menschen einhergeht. Auch wenn niemand anstrebt diese anzutasten, scheint es doch schwierig zu sein einen Konsens zu finden und die vorangegangenen Abschnitte zeigen nur einen Ausschnitt der Meinungen die bezüglich der Argumentation mit der Würde des Menschen in Bezug auf die Diskussion um Sterbehilfe zu finden sind.

6.4 SLIPPERY SLOPE

Eine der großen Ängste, welche die Diskussion beherrscht, und die letztlich in dem sogenannten Dambruchargument gipfelt, ist die Angst vor Missbrauch und vor allem vor schleichender Ausweitung einer einmal legalisierten Suizidassistenz oder Sterbehilfe. In jeder Diskussion oder Debatte wird früher oder später dieses Argument gebracht, welches häufig mit dem Bildnis eines Dambruches oder der schiefen Ebene dargestellt wird. Einmal legalisiert werde der Druck immer größer bis der Damm breche, oder die Kugel rolle die schiefe Ebene immer schneller hinunter, bis beides nicht mehr aufzuhalten sei.

Peintinger beschreibt in seinem Buch *Ethische Grundfragen in der Medizin* drei unterschiedliche Folgen, die im Rahmen der Slippery-Slope-Argumentation vermutet werden.

- Parallelität zur geschichtlichen Entwicklung, insbesondere zur Zeit des Nationalsozialismus, in der zunächst Utilitarismus und Ökonomie und später die Verfolgung einer Rassenhygiene zu vielen Opfern führte
- Ein Vertrauensverlust, der durchaus kontrovers diskutiert werde, da zunächst einmal geklärt werden müsse, inwieweit Sterbehilfe zum ärztlichen Handlungsspektrum zähle
- Schleichende Ausweitung, an deren Ende auch Tötung gegen den Willen des Betroffenen/der Betroffenen aus Interessen anderer möglich werde (Peintinger, 2008, p. 179ff)

Svenja Faßpöhler geht etwas näher auf die Umstände ein, unter denen es vor allem zu einer Ausweitung der Sterbehilfe kommen könne. Sie vertritt dabei die Meinung, in Anbetracht der vielen Umstrukturierungen im Krankenhaus, der Kosten-Nutzen-Analysen, sowie einer immer weiter führenden Privatisierung vieler Leistungen sei die Befürchtung, dass Menschen, die viele Kosten und Umstände verursachen, der Tod als Alternative nahegelegt werde, angebracht. Es sei kein Zufall, dass gerade in der heutigen Zeit die Forderung nach Sterbehilfe immer lauter werde. Sie sieht deshalb eine klare Differenzierung zwischen ärztlich assistierten Suizid und einer aktiven Sterbehilfe für unumgänglich an, weist jedoch darauf hin, ganz lasse sich das Risiko einer Beeinflussung oder eines Missbrauchs nie ausschließen (Faßpöhler, 2013, pp. 90f, 94).

Auch Beauchamp und Childress greifen das Dambruchargument in ihrer Abhandlung auf und kommen zu dem Schluss, die Befürchtungen seien nachvollziehbar. Sie merken allerdings an, Vertrauensverlust sei auch in umgekehrte Richtung möglich, wenn nämlich der Patient/die Patientin sich seinem/ihrem Arzt/Ärztin nicht bezüglich seines Suizidwunsches anvertrauen könne und Patienten/Patientinnen und ihre Familien sich im Leid allein gelassen fühlen würden. Letztendlich begründe sich dieses Argument sowohl von Befürwortern/Befürworterinnen als auch von Gegnern/Gegnerinnen der Sterbehilfe auf reine Spekulation, da das Ergebnis in der Zukunft liege und nicht absehbar sei (Beauchamp & Childress, 2013, p. 179ff).

6.5 FAZIT

Zur rechtlichen Lage lässt sich zusammenfassend beschreiben, dass sie in den drei vorgestellten Ländern insofern übereinstimmt, als dass Tötung auf Verlangen verboten ist und strafrechtlich verfolgt wird.

Auch bei der sogenannten passiven Sterbehilfe liegt eine Übereinstimmung vor, in allen drei Ländern ist diese erlaubt und somit straffrei.

Der große Unterschied besteht in den Regelungen zum assistierten Suizid. Während dieser in der Schweiz unter der Voraussetzung, dass keine eigennützigen Motive vorliegen, erlaubt ist, wurde im Herbst 2015 der assistierte Suizid in Deutschland, wenn er geschäftsmäßig erfolgt, verboten und in Österreich ist seit jeher die Verleitung und die Beihilfe zum Suizid strafbar.

Zur einfachen Übersicht wurde an dieser Stelle eine Tabelle eingefügt.

	Deutschland	Österreich	Schweiz
Tötung auf Verlangen	Verboten	Verboten	Verboten
Passive Sterbehilfe Indirekte Sterbehilfe	Straffrei	Straffrei	Straffrei
Assistierter Suizid	Verboten, wenn geschäftsmäßig	Verboten, ebenso wie die Verleitung zum Suizid	Erlaubt, wenn kein Eigennutz vorliegt

Tabelle 1 Übersicht rechtliche Lage

In anderen inner- und außereuropäischen Ländern findet sich die gesamte Bandbreite von gesetzlichen Regelungen zur Sterbehilfe. Immer wieder werden entsprechende Fälle vor Gericht gebracht und verhandelt oder öffentlichkeitswirksam dargestellt.

Noch einmal hervorzuheben ist an dieser Stelle jedoch die Diskrepanz, die zwischen der Meinung der deutschen bzw. österreichischen Allgemeinbevölkerung und der Gesetzgebung in dem entsprechenden Land herrscht. Peintinger weist in einem ähnlichen Zusammenhang auf einen der Irrtümer in Bezug auf Autonomie hin, nämlich diese nur zu sehen, wenn der Sachverhalt mit der eigenen Meinung übereinstimmt und ansonsten davon auszugehen, dass keine Autonomie vorliege (Peintinger, 2008, p. 89).

Als einziges der drei vorgestellten Länder gibt es in der Schweiz sogenannte Sterbehilfeorganisationen. Der deutsche Verein Sterbehilfe Deutschland e.V. stellte nach der Gesetzesänderung im Herbst 2015 seine Tätigkeit insoweit ein, als dass keine Hilfe zum Suizid mehr angeboten wird. Nach eigenen Angaben arbeitet der Verein jedoch weiter darauf hin, dass dies in Deutschland wieder möglich werde.

Während die vorliegende Arbeit die Gesetzeslage nur vorstellt, nicht aber diskutiert, finden sich zur ethischen Bearbeitung des Themas sehr vielfältige und sich in vielerlei Hinsicht widersprechende Ansichten.

Dies beginnt schon bei dem Autonomiebegriff, der bei Kant gänzlich anders definiert wird und dessen Pflichtethik einen Suizid als schlechte Handlung an sich verurteilt. Währenddessen finden sich im Utilitarismus je nach Strömung verschiedene Ansichten zum Suizid, er wird nicht gänzlich abgelehnt. Beauchamp und Childress, die Begründer der Vier-

Prinzipien-Ethik, sehen vor allem den assistierten Suizid unter gewissen Bedingungen als moralisch gerechtfertigt an. Von ihren vier Prinzipien steht die Autonomie dabei mit der Fürsorge und dem Nicht-Schaden in Konflikt. Dies lösen sie durch die Aussage, es gebe Situationen, in denen der Tod weniger Schaden als Weiterleben bedeute. Sie betonen weiterhin, die Frage nach Verhinderung eines Missbrauchs bzw. die Angst vor demselben seien für die moralische Bewertung der Sterbehilfe nicht relevant. Singer geht in seinen Theorien noch einen Schritt weiter, er sieht die freiwillige und nichtfreiwillige Euthanasie als ethisch und moralisch gerechtfertigt an. Dem gegenüber stehen Positionen, wie etwa die Dietrich Grönemeyers, der das Leben als Geschenk und heilig ansieht, dessen Unantastbarkeit nicht zur Diskussion steht.

Zur besseren Übersicht über die unterschiedlichen Einstellungen die folgende Tabelle:

	Einstellung zum assistierten Suizid	Einteilung	Argumentative Grundlage
Kant	Kategorische Ablehnung	Nie gerechtfertigt	Kategor. Imperativ Schlechte Handlung an sich
Utilitarismus	Keine Beurteilung Eher zustimmend Eher ablehnend	Handlungsutilitarismus Präferenzutilitarismus Regelutilitarismus	- Präferenz Mehrheit Auswirkung der Regel
Beauchamp Childress	Zustimmend in bestimmten Situationen	Festgelegte Kriterien	Autonomie Nicht-Schaden
Singer	Zustimmend	Nichtfreiwillige E. Freiwillige E.	Utilitarismus/Recht auf Leben nur bei Bewusstsein Autonomie
Grönemeyer	Kategorische Ablehnung	Nie gerechtfertigt	Unantastbarkeit des Lebens/ christl. Glaubensverständnis

Tabelle 2 Einstellung und Argumentation assistierter Suizid

Wie zu erwarten findet sich keine eindeutig richtig oder falsche Einordnung der Sterbehilfe, es gibt triftige Pro- und Contra-Argumente, so dass die unterschiedlichen Meinungen ihre Berechtigung finden. Die Kontrapunkte der Diskussion können jedoch klar benannt werden und es zeichnet sich in der Meinung der Bevölkerung der drei vorgestellten Länder, sowie führender Ethiker eine Tendenz ab, zumindest den assistierten Suizid als in gewissen definierten Situationen als moralisch gerechtfertigt anzuerkennen.

Letztendlich aber formulierte Giovanni Maio treffend die Kernfrage bezüglich der moralischen Einordnung der Sterbehilfe: Sieht man das Leben als gegeben und unverfügbar oder als gemacht und zur freien Disposition gestellt (Maio, 2014, p. 177).

6.6 AUSBLICK

Im Moment ist keine weitere Änderung in der Gesetzgebung der drei vorgestellten Länder abzusehen. Es wird sich zeigen, ob dies geschieht, sollte ein höherrangiges Gericht eine Grundsatzentscheidung in Bezug auf die strittigen Punkte der Sterbehilfe fällen. Es ist jedoch zu vermuten, dass dies weiterhin vermieden werden wird.

Nach der Gesetzesänderung in Deutschland war vielerorts in juristischen Kreisen die Befürchtung hörbar, die genaue Auslegung des neuen Gesetzes müsse nun wieder von den Gerichten geregelt werden. Inwiefern diese Befürchtung zutrifft, wird die Zukunft zeigen. Zurzeit sind bereits 13 Beschwerden gegen das neue Gesetz beim Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe eingegangen. Wie bereits vor der Gesetzesänderung angekündigt, darunter auch die Beschwerde des professionellen Sterbehilfevereins Sterbehilfe Deutschland e.V. Allerdings finden sich unter den Gegnern der neuen Regelung auch Ärzte/Ärztinnen, sowie Patienten/Patientinnen. Vier der 13 Verfassungsbeschwerden wurden von Palliativmedizinern und Hausärzten gestellt (Schmergal, 2017).

Bereits vor Verabschiedung des neuen Gesetzes hatten in einer Resolution über 140 Strafrechtsprofessoren/Strafrechtsprofessorinnen und Privatdozenten/Privatdozentinnen davor gewarnt, mit einem solchen Gesetz Ärzte/Ärztinnen zu kriminalisieren und das verfassungsmäßig garantierte Recht auf Selbstbestimmung einzuschränken (Universität Halle, 2017).

Es scheint also, als seien nicht nur Vertreter/Vertreterinnen der sogenannten Sterbehilfvereine darüber besorgt, welche Konsequenzen das neu geschaffene Gesetz gerade für Patienten/Patientinnen und Ärzte/Ärztinnen habe.

Im März 2017 stellte das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil fest, dass in extremen Einzelfällen der Staat den Zugang zu einem Betäubungsmittel, welches einen würdigen und schmerzlosen Suizid ermögliche, nicht verwehren darf. Durch § 30 des Betäubungsmittelgesetzes ist es bisher verboten Betäubungsmittel in der Menge abzugeben, die den Tod verursachen kann (Bundesverwaltungsgericht, 2017). Inwieweit dieses Urteil Einfluss auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes bezüglich des 2015 erlassenen Gesetzes zur Sterbehilfe hat und welche Konsequenzen aus dem ergangenen Urteil folgen, ist bisher noch nicht abzusehen. Befürworter einer offeneren Gesetzeslage zum assistierten Suizid sehen in diesem Urteil einen kleinen Sieg, während Gegner das Urteil scharf kritisieren (Neumann & Nicolai, 2017).

Nachdem in Österreich der Verfassungsgerichtshof das polizeiliche Gründungsverbot des Sterbehilfvereins „Letzte Hilfe - Verein für selbstbestimmtes Sterben“ bestätigt hat, liegt nun dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eine umfassende Beschwerde vor (Letzte Hilfe, 2016).

Auch hier steht ein Urteil noch aus, bisher hatte der EGMR es vermieden in seiner Rechtsprechung den einzelnen Ländern den Umgang mit dem assistierten Suizid und der Tötung auf Verlangen vorzugeben.

In der Schweiz ist es zurzeit eher still in der Diskussion um die Sterbehilfe. In der Zukunft ist hier wohl eher nicht mit einer Änderung der aktuellen Rechtslage zum assistierten Suizid zu rechnen.

Sowohl unter den Befürwortern als auch unter den Gegnern ist der Widerstand gegen eine Änderung in die nicht gewünschte Richtung groß. Vor allem die Organisationen, die sich für eine erweiterte Straffreiheit bei assistiertem Suizid, als auch bei kirchlichen Organisationen, die sich klar gegen eine Freigabe positionieren, werden weiter für ihre Position eintreten, sei es über juristische Wege oder über einen Versuch die Meinungsbildung durch entsprechende Angebote und Informationen zu beeinflussen.

In den Ländern Belgien, Luxemburg und den Niederlanden geht die Tendenz weiter in Richtung Ausweitung der aktiven Sterbehilfe, die in allen drei Ländern unter gewissen

Bedingungen straffrei beziehungsweise explizit erlaubt ist. In der Diskussion sind Fälle von Tötung auf Verlangen bei Minderjährigen, Menschen, die nicht an einer unheilbaren Krankheit leiden, lebensmüden älteren Menschen, sowie psychisch erkrankten Personen (n-tv, 2016) (Bensch, 2016).

Wie sich die Situation in diesen Ländern entwickelt, ist noch nicht abzusehen. Sicher ist, dass diese Thematik noch lange kein Ende auch in der öffentlichen Diskussion findet und Befürworter, sowie Gegner, alles daran setzen ihre Position auch rechtlich so gut wie möglich abzusichern.

Ethisch wird sich das Dilemma um die Sterbehilfe auch in Zukunft nicht auflösen lassen, genauso wenig wie die Diskussion darüber enden wird. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Thematik immer dann wieder vermehrt aufkommt, wenn es in öffentlich wirksamen Fällen um die Frage nach der Sterbehilfe geht.

6.7 PERSÖNLICHES FAZIT

Obwohl ich mich schon vor Beginn dieser Arbeit mit der Thematik der Sterbehilfe beschäftigte, hat mich die Vielfältigkeit der Argumente und vor allem die Vehemenz, mit der die Diskussion geführt wird, überrascht. Auch im persönlichen Gespräch mit anderen über das Thema habe ich die Erfahrung gemacht, dass die Diskussion schnell persönlich wurde, wobei die meisten sehr interessiert waren, ich jedoch feststellen musste, dass viel Unsicherheit und Unwissenheit besteht.

Die rechtliche Lage zum assistierten Suizid und der Sterbehilfe stellt sich in den Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz wie oben erläutert sehr unterschiedlich dar. Mit der neuen Gesetzgebung wurde in Deutschland meines Ermessens nicht der aktuellen Situation und den Bedürfnissen der Menschen am Lebensende angemessen entschieden. Zunächst bildet die Entscheidung nicht das Interesse der Gesellschaft ab, die in großem Umfang der Meinung ist, in bestimmten Fällen sollte der assistierte Suizid erlaubt sein. Der Wortlaut eine „geschäftsmäßige“ Suizidbeihilfe solle unter Strafe gestellt werden, bietet meiner Meinung nach keine Rechtssicherheit, sondern trägt zu neuen Diskussionen und gegebenenfalls sogar neuen Gerichtsverfahren bei, in denen dann geklärt werden muss, wie genau „geschäftsmäßig“ definiert wird, weil eine Legaldefinition im deutschen Recht bisher nicht vorhanden zu sein scheint. In der Erklärung des neuen Gesetzes sprechen die

Verfasser/Verfasserinnen von geschäftsmäßig im Sinne von „auf eine Wiederholung ausgelegt“. Dabei ist nicht ersichtlich, wie viele Handlungen zum Tatbestand der Wiederholung nötig sind. Macht sich z.B. ein Arzt/eine Ärztin, der im Laufe seiner langjährigen Tätigkeit zweimal einen Menschen bei seinem Suizid unterstützt, strafbar? Der Staat hat hier keine Entscheidung getroffen, sondern diese an die Gerichte verschoben und damit wieder eine Grauzone geschaffen, die keine Sicherheit bietet, sondern Verunsicherung schafft. Besser wäre es gewesen eine gewerbsmäßige Suizidbeihilfe zu verbieten, die ganz klar gewinnorientiert und auf Verdienst ausgelegt ist. Dies wäre meiner Meinung nach Hauptaspekt, der am assistierten Suizid als unethisch zu benennen ist. Diese Unsicherheit ist auch der Kritikpunkt den viele Gegner des neuen Gesetzes haben.

Die Gesetzeslage in Österreich empfinde ich als wenig differenziert. Keine Unterscheidung zwischen einer Suizidbeihilfe, in welchem Rahmen auch immer, und der Tötung auf Verlangen wird meines Erachtens der Komplexität des Themas nicht gerecht. Auch der Tatbestand der Anstiftung zum Suizid ist zweiseitig, zum einen soll er ein Drängen in den Suizid vereiteln, was durchaus Sinn macht, zum anderen stellt sich jedoch die Frage, was sonst noch unter Beihilfe fallen kann. Wenn ein Patient/eine Patientin nicht mehr mit dem Arzt/der Ärztin über einen Suizid sprechen kann, weil Beihilfe zu weit gefasst würde, würde auch Prävention nicht mehr gut greifen. Einen Menschen, der in die Schweiz reist, weil er die Entscheidung zum assistierten Suizid gefasst hat, aktiv aufhalten zu müssen, dürfte sowohl Ärzte/Ärztinnen als auch Angehörige in eine missliche Lage bringen. Ebenso wie die Tatsache, Angehörige nicht begleiten zu können und die betroffene Person allein lassen zu müssen.

Auch schwierig finde ich den Umgang mit der Empfehlung der Bioethikkommission. Eine Mehrheit findet die jetzige Gesetzesform nicht angemessen, was aber zu keinerlei Konsequenz führt. Zumindest sollte hier doch eine weitere Debatte folgen, anstatt dies außen vor zu lassen, ja fast schon zu ignorieren.

Die Lösung der Schweiz, in der der assistierte Suizid grundsätzlich erlaubt und nur in bestimmten Fällen, wie einer Bereicherungsabsicht, verboten ist, erscheint mir als praktikable Lösung. Auch die Aussage die Suizidassistenz sei nicht Teil der ärztlichen Aufgabe und dies zugleich zu einer Gewissensentscheidung eines jeden Einzelnen zu machen und nicht grundsätzlich für Ärzte/Ärztinnen zu verbieten, wirkt sinnvoll und wird der moralischen Komplexität annähernd gerecht. Hier wird auch der Autonomie des Arztes/der Ärztin Rechnung getragen, die in dieser Debatte oft keine allzu große Rolle spielt.

Zu kritisieren ist an den Sterbehilfeorganisationen allerdings, dass bei den geforderten Aufwandsentschädigungen der assistierte Suizid eine Frage des Geldes wird und so dieser letzte Ausweg nicht jedem offen steht. Ebenso bedenklich sind die Berichte über assistierten Suizid auf „Biegen und Brechen“, es sollte gewährleistet sein, dass ein angemessener Rahmen zur Verfügung steht, sonst wird auch dieses Vorgehen entwürdigend. Es müssten also eigene Strukturen geschaffen und erhalten werden, die den assistierten Suizid unter bestimmten Voraussetzungen, die noch zu diskutieren sind, unter adäquaten Bedingungen ermöglichen.

Eine ausführliche Auflistung der besonders in der ethischen Debatte genutzten Argumente findet sich im Hauptteil der Arbeit, an dieser Stelle einige Ideenstränge, die sich gut ergänzen, bzw. meiner Meinung nach eine wichtige Aussage enthalten.

Dass die Schwierigkeit der Autonomie in der unterschiedlichsten Definition dieses Begriffes liegt, sollte deutlich geworden sein. Es gibt jedoch noch andere Schwierigkeiten, die bei dem Begriff auftreten können. So beschreibt Peintinger zutreffend, dass eine Zustimmung zur eigenen Meinung oft als autonome Entscheidung des Gegenübers gesehen, eine abweichende Meinung jedoch leicht als nicht autonom eingeordnet werde. In einer solchen Situation sollte die Einordnung autonom – nicht autonom unter objektive Gesichtspunkte, wie sie z.B. Beauchamp/Childress formulierten, gestellt werden. Autonomie sei gegeben unter den Bedingungen der Intention, des Verständnisses und des Fehlens von Zwang und Kontrolle. An dieser Stelle möchte ich kurz eingehen auf die Argumentation, im Falle einer schweren Krankheit oder Leidens sei keine autonome Entscheidung möglich. Von physikalischen Gegebenheiten ist kein Mensch frei und auch die Gesellschaft stellt häufig Rahmenbedingungen, jedoch kann in diesem Rahmen durchaus eine autonome Entscheidung getroffen werden. Wir gestehen einem sehr kranken Menschen ja auch die autonome Entscheidung zu, alle Therapiemöglichkeiten auszureizen, auch wenn sie nicht sinnvoll erscheinen. Sollte der Eindruck entstehen, es sei keine autonome Entscheidung möglich, so besteht die Pflicht das, was änderbar ist, so zu verändern, dass eine autonome Entscheidung wieder möglich ist. Menschen, die an einer das Leben bedrohenden Krankheit und gegebenenfalls starken Schmerzen leiden und die Entscheidung treffen nicht weiter leben zu wollen, per se die Autonomie absprechen zu wollen, halte ich für anmaßend und diesen Menschen und ihrer Situation nicht gerecht werdend.

In einer Gesellschaft, die Autonomie immer mehr in den Mittelpunkt rückt, sollte der Patient so viel Kompetenz bekommen eine Entscheidung, auch zum assistierten Suizid, zu tref-

fen und die Konsequenzen seiner Entscheidung zu tragen, auch wenn diese in einem solchen Fall nicht mehr umkehrbar sind.

Dabei sehe ich durchaus die Problematik, dass es Situationen gibt, in denen es nicht so ist, dass von einer autonomen Entscheidung ausgegangen werden kann. Dies sollte jedoch nicht dazu führen leichtfertig und ohne sich dessen bewusst zu sein darüber aus einer falsch verstandenen Fürsorge heraus hinweg zu gehen.

Die Heiligkeit des Lebens, häufig begründet in einer christlichen Tradition, stellt für mich aus mehreren Gründen das schwächste Argument dar. Zunächst findet sich in der Bibel keine Verurteilung eines Suizids, sodass sich die Frage stellt, auf welcher Grundlage dieser verboten ist. Außerdem lässt sich das Argument, den Todeszeitpunkt zu bestimmen, stehe dem Menschen nicht zu, leicht so weit führen, dass es die wenigsten noch mittragen würden. Nämlich dann, wenn diese Logik auch auf jemanden zutrifft, der ohne medizinisches Eingreifen sterben würde. Eigentlich wäre dessen Todeszeitpunkt auch gottbestimmt, er dürfte also, auch wenn gute Chancen auf Heilung bestehen, nicht reanimiert oder beatmet werden, eine Einschätzung die rechtlich mindestens zur Anklage der unterlassenen Hilfeleistung führen würde, und die von vielen als unethisch empfunden würde.

Bezüglich des Slippery-Slope-Arguments sollte zwischen assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen unterschieden werden. Denn hierin zeigt sich ein deutlicher Unterschied in den Statistiken. Es sieht aus, als führe eine Erlaubnis der Tötung auf Verlangen zu einer weiterführenden Ausweitung, und der Angst vieler Menschen gegen ihren Willen getötet zu werden in Ländern, die Tötung auf Verlangen erlaubt haben, sollte Rechnung getragen werden. Hier scheint es in der Tat zu einer schiefen Ebene zu kommen, die die moralisch vertretbaren Gründe auch für eine Tötung auf Verlangen negiert, obwohl es auch diese durchaus gibt. Kurz angesprochen die Argumentation die unter anderem auch bei Peter Singer zu finden ist. Wie rechtfertigt man ein sterben lassen gegen eine Tötung auf Verlangen, die das Leiden zeitlich verkürzt? Relevant finde ich auch die Zeitverkürzung, die dadurch entsteht, dass ein assistierter Suizid noch stattfinden muss, wenn der Patient/die Patientin selbst in der Lage dazu ist, gegenüber einer Tötung auf Verlangen, die auch im quasi letzten Moment des noch Erträglichen oder eben zu Beginn des subjektiv nicht mehr Erträglichen stattfinden kann.

Bei einem assistierten Suizid sprechen die Statistiken bei genauer Betrachtung eine andere Sprache. Es scheint, wie z.B. in Oregon, möglich Kriterien, unter denen assistierter Suizid

vertretbar ist, zu definieren und gleichzeitig damit einen Schutz vor Missbrauch zu etablieren.

Hinzuzufügen ist noch, dass in Bezug auf die rechtliche Lage auch der Gefahr des Missbrauchs Rechnung zu tragen ist, für die ethische Beurteilung jedoch, wie Beauchamp/Childress ebenfalls feststellten, die Angst vor den Möglichkeiten eines eventuellen Missbrauchs nichts an der moralischen Einordnung des Tatbestandes, in diesem Fall des assistierten Suizids, ändert.

Nur kurz zum Begriff der Würde, der von beiden Seiten stark beansprucht wird und sich nicht auf einer Seite einordnen lässt. Häufig als Totschlagargument gebraucht, bringt es die Debatte in den wenigsten Fällen weiter und hilft noch weniger in konkreten Situationen, dazu ist der Begriff der Würde noch abstrakter als andere und noch weniger auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Eine meiner Meinung nach gute Einstellung dazu bringt Loewit ein, der Sterben als wert- und würdefrei bezeichnet und lediglich die Umstände und den Umgang damit und mit dem sterbenden Menschen als in diesem Zusammenhang bewertbar bezeichnet. Da sollte nun alles daran gesetzt werden, dass dies würdevoll und im Sinne der betroffenen Menschen geschieht.

Die Theorien Peter Singers sollten in diesem Zusammenhang nicht unkommentiert bleiben. In einer Gesellschaft, die sich als human und jedes menschliche Leben als wertvoll bezeichnet, rufen Singers Ansichten zu Recht Empörung hervor. Sie können uns trotzdem weiterbringen, indem sie einen Denkanstoß leisten, da sie deutlich benennen in welchen Situationen längst ein Urteil über würdig und unwürdig, lebenswert und unwert gefällt wird. Teilweise in stillschweigendem Einverständnis oder verdeckt unter irreführenden Namen, um ein Beispiel zu nennen, die Abtreibung von Feten mit Trisomie 21 oder auch anderen Krankheiten, teilweise unter dem Deckmantel eines medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs. Wenn sich gegen die Tötung jedes menschlichen Lebens ausgesprochen wird, sollten alle Situationen bewusst sein und derselbe Maßstab angelegt werden.

Letztendlich gibt es im ethischen Dilemma kein richtig oder falsch. Aber es kann Position bezogen werden und dafür sollte eine gewisse Kenntnis der Argumente und Gegebenheiten bestehen. Meiner Meinung nach ist die Entscheidung bei einem Suizid zu assistieren eine sehr persönliche und auch eine Gewissensentscheidung.

Eine Regelung, die es Ärzten/Ärztinnen freistellt welche Entscheidung sie grundsätzlich treffen, angelehnt an den Umgang mit dem Wunsch nach einer Abtreibung, ist durchaus

vorstellbar. Darüber hinaus ist meines Ermessens eine Regelung, die den assistierten Suizid unter festgelegten Kriterien, wie sie sehr gut von Beauchamp und Childress formuliert wurden, erlaubt, ethisch und moralisch tragbar und richtig.

Ganz klar ist, dass solange es keine solche Regelung gibt die gesetzliche Lage in dem entsprechenden Land zu achten ist, unabhängig der persönlichen Meinung zur Richtigkeit der Gesetzeslage.

Als nicht zielführend und meiner Meinung nach auch für betroffene Menschen unbefriedigend empfinde ich jedoch die rein abwehrende Haltung, die durch ein alleiniges Zurückziehen auf ein rechtliches Verbot entsteht. Zumal wie weiter oben schon einmal angesprochen viele mit den rechtlichen Rahmenbedingungen nicht wirklich vertraut sind.

Eine ablehnende Haltung gegenüber Suizidbeihilfe, die begründet ist, ist genau wie eine zustimmende, besser nachzuvollziehen und zu respektieren als eine kategorische nicht erläuterte Ablehnung.

Einen Patienten/eine Patientin mit Fragen und einem solchen Wunsch alleine zu lassen, was nicht die sofortige Erfüllung des Wunsches bedeuten soll, entspricht nicht meinem Bild des ärztlichen Ethos. Auch deswegen sehe ich das in Deutschland neu gestaltete Gesetz kritisch.

Hinzu kommt noch, dass in einigen Statistiken Hinweise zu finden sind, und dieser Gedanke auch durchaus nachvollziehbar ist, dass allein das Wissen um die Möglichkeit des (assistierten) Suizids als letzter Ausweg ausreiche, um einigen Menschen die Kraft oder den Willen zu geben doch noch weiterzuleben.

Zur unbedingten Beachtung der rechtlichen Regelungen, die in den unterschiedlichen Ländern gegeben sind, war es mir, trotz offener Diskussionen und persönlichen Gesprächen mit einigen Juristen nicht möglich herauszufinden was rechtlicher Konsens ist, sollte ein Arzt/eine Ärztin deutscher oder österreichischer Herkunft in der Schweiz im Rahmen seiner/ihrer Berufsausübung an einem assistierten Suizid beteiligt sein.

Schließen möchte ich mit einer Aussage, die Cicely Saunders, der Begründerin der Palliativmedizin, zugeschrieben wird und damit die Meinung vertreten, dass sich Palliativmedizin und die Befürwortung eines assistierten Suizids nicht zwingend widersprechen. Wenn ein kranker Mensch den Wunsch nach Sterbehilfe äußere, wurde die ärztliche/palliativmedizinische Arbeit nicht richtig gemacht, so Saunders. Das heißt für mich an erster Stelle stehen alle anderen Möglichkeiten, die zur Verfügung stehen, um den Patienten/die Patientin bestmöglich zu versorgen und ihm das zu nehmen, was für ihn schlimmer

als der Tod wäre. Erst wenn alle Möglichkeiten erschöpft sind, und in diesem Bereich der Palliativ- und Hospizmedizin besteht noch viel Ausbaupotenzial, könnte! aber niemals müsste der assistierte Suizid die letzte Form der helfenden Handlung sein. Die Entscheidung dazu muss immer bei der betroffenen Person bleiben.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Ärztetag, D., 2015. *bundesaerztekammer.de*. [Online]

Available at: <http://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/#B41>

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Beauchamp, T., 2007. *Justifying physicians-assisted deaths*. Malden: Blackwell.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F., 2013. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. Auflage Hrsg. New York: Oxford University Press.

Bensch, K., 2016. *www.tagesschau.de*. [Online]

Available at: <https://www.tagesschau.de/ausland/sterbehilfe-belgien-101.html>

[Zugriff am 26 03 2017].

Bethlen et al., I., 2015. *Selbstbestimmung im Leben und im Sterben*. 12. Auflage Hrsg. Zug: DMG Druckerei Markus Gysi.

Bioethikkommission Österreich, 2011. *Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende*. Wien: Ferdinand Berger & Söhne GmbH.

Bioethikkommission Österreich, 2015. *bka.gv.at*. [Online]

Available at: <https://www.bka.gv.at/site/3458/default.aspx>

[Zugriff am 12. 02. 2016].

bmgf, kein Datum *www.bmgf.gv.at*. [Online]

Available at: <http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Medizin/Patientenverfuegung/>

[Zugriff am 19 03 2017].

Borasio, G. D., 2009. Der assistierte Suizid aus palliativmedizinischer Sicht. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55, pp. 235 - 242.

Brand et al., M., 2015. *bundestag.de*. [Online]

Available at:

https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw27_ak_sterbebegleitung/379940

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2015. *bgbl.de*. [Online]

Available at:

[http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2177.pdf#_bgbl_%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl115s2177.pdf%27\]_1454947228](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2177.pdf#_bgbl_%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl115s2177.pdf%27]_1454947228)

996

[Zugriff am 08 02 2016].

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2015. *Gesetze im Internet*. [Online]

Available at: http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_217.html

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Bundesverfassungsgericht, 2000. *bundesverfassungsgericht.de*. [Online]

Available at:

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2000/07/rs20000719_1bvr053996.html

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Bundesverwaltungsgericht, 2017. *www.bverwg.de*. [Online]

Available at:

<http://www.bverwg.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung.php?jahr=2017&nr=11>

[Zugriff am 26 03 2017].

Dignitas, 2015. *dignitas.ch*. [Online]

Available at:

http://dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=5&lang=de

[Zugriff am 12. 02. 2016].

Dignitas, kein Datum *dignitas.ch*. [Online]

Available at: https://www.google.de/search?q=dignitas+statistikftbjahr&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=K4vNV5esM8Wv8wfYuLDABg

[Zugriff am 05.09.2016].

Dyck, A., 2002. *Life's worth. The case against assisted suicide*. Grand Rapids: Eerdmans.

Eckart, W. U., 2013. *Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin*. 7. Auflage Hrsg. Heidelberg: Springer-Verlag.

Eckl, C., 2014. *welt.de*. [Online]

Available at: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article132624538/Katholische-Kirche-lehnt-Sterbehilfe-deutlich-ab.html>

[Zugriff am 08.02.2016].

Evangelischer Pressedienst, 2014. *ekd.de*. [Online]

Available at:

https://www.ekd.de/aktuell_presse/news_2014_05_09_2_jung_sterbehilfe.html

[Zugriff am 08.02.2016].

Exit, 2016. *www.exit.ch*. [Online]

Available at: <https://www.exit.ch/patientenverfuegung/rechtliches/>

[Zugriff am 19.03.2017].

Faßpöhler, S., 2013. *Mein Tod gehört mir Über selbstbestimmtes Sterben*. 1. Auflage Hrsg. München: Pantheon Verlag.

Fischer, P., 2003. *Einführung in die Ethik*. s.l.:Wilhelm Fink Verlag GmG & Co.KG.

FMH, 2008. *Positionspapier der FMH Suizidbeihilfe ist nicht gleich Sterbehilfe*, Bern: FMH.

FMH, 2015. *fmh.ch*. [Online]

Available at:

http://www.fmh.ch/ueber_fmh/rechtliche_grundlagen/standesordnung.html

[Zugriff am 11.10.2016].

Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland, 2013. *fowid.de*. [Online]
Available at:
[http://fowid.de/fileadmin/datenarchiv/Tod und Bestattungen/Sterbehilfe Aerzte.pdf](http://fowid.de/fileadmin/datenarchiv/Tod_und_Bestattungen/Sterbehilfe_Aerzte.pdf)
[Zugriff am 19 08 2016].

Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland, 2016. *www.fowid.de*. [Online]
Available at: <https://fowid.de/meldung/sterbehilfe-den-niederlanden-2008-2014>
[Zugriff am 26 03 2017].

Friess et al, M., 2012. *Wie Sterben Zur Selbstbestimmung am Lebensende. Eine Debatte*. 1. Auflage Hrsg. Gütersloh: Güterloher Verlagshaus.

Friess, M. & al., e., 2012. *Wie Sterben Zur Selbstbestimmung am Lebensende. Eine Debatte*. 1. Auflage Hrsg. Gütersloh: Güterloher Verlagshaus.

Fröhlich, G., 2006. *Nachdenken über das Gute*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Fuchs, U., 2009. *Gewissensfrage Sterbehilfe*. Stuttgart: Verlag Kreuz GmbH.

Geckle, G. & Bonefeld, M., 2013. *Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht*. 4. Auflage Hrsg. Freiburg: Haufe-Lexware GmbH.

Gerabek et al, W., 2004. *enzyklopädie Medizingeschichte*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Gerhard Aigner, e. a., 2014. *Handbuch Medizinrecht*. Wien: Manz.

Grönemeyer, D., 2015. *Gesundheit! Für eine menschliche Medizin*. Freiburg: Verlag Herder GmbH.

Haarhoff, H., 2014. *taz.de*. [Online]
Available at: <http://www.taz.de/!5047649/>
[Zugriff am 08. 02. 2016].

Hintze et al., P., 2015. *bundestag.de*. [Online]
Available at:
[https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw27 ak sterbebegleitung/379](https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw27_ak_sterbebegleitung/379)

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Hintze, P., 2015. *Diskussion im Bundestag*. Deutscher Bundestag: Peter Hintze.

Höffe, O., 2003. *Einführung in die utilitaristische Ethik*. 5. Auflage Hrsg. Tübingen: A. Francke Verlag.

Hospiz Österreich, österreichische Palliativgesellschaft, 2014. *hospiz.at*. [Online]

Available at: <http://www.hospiz.at/>

[Zugriff am 13. 02. 2016].

infratest dimap, 2015. *pptde.com*. [Online]

Available at: <http://pptde.com/doc/759972/suizidassistentz--in-deutschland>

[Zugriff am 19 08 2016].

isopuclig, 2012. *medizinalrecht.org*. [Online]

Available at: http://www.medizinalrecht.org/wp-content/uploads/2013/03/Meinungsumfrageergebnisse_Selbstbestimmung_am_Lebensende.pdf

[nde.pdf](http://www.medizinalrecht.org/wp-content/uploads/2013/03/Meinungsumfrageergebnisse_Selbstbestimmung_am_Lebensende.pdf)

[Zugriff am 19 08 2016].

Janda, C., 2012. In: *Medizinrecht*. Stuttgart: UTB GmbH, pp. 369-372, 378-381.

Jömann, N. & Schöne-Seifert, B., 2013. Patientenautonomie und Patientenverfügungen in der Palliativmedizin. In: G. Pott & D. Domagk, Hrsg. *Integrierte Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer GmbH, pp. 43 - 57.

Jütte, R. & Eckart, W. U., 2014. *Medizingeschichte eine Einführung*. 2. Auflage Hrsg. Köln: Böhlau Verlag GmbH.

Kahlke, W. & Reiter-Theil, S., 1955. *Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Kant, I., 1785. *Grundlegung zur Metaphysik (AA IV)*. s.l.:s.n.

Kant, I., 1788. *Kritik der praktischen Vernunft (AA V)*. s.l.:s.n.

Kant, I., kein Datum *Die Metaphysik der Sitten*. s.l.:s.n.

Klinkhammer, G., 2014. *www.aerzteblatt.de*. [Online]

Available at: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/161894>

[Zugriff am 12 03 2017].

Kramer, W., 2015. *dghs.de*. [Online]

Available at: <http://www.dghs.de/presse/aktuelle-nachrichten/aktuelle-nachrichten/article/bekanntnis-zur-freitodbegleitung-wolfgang-d-kramer-cdu.html>

[Zugriff am 23 08 2016].

Kübler-Ross, E., 1994. *Erfülltes Leben - Würdiges Sterben*. 2. Auflage Hrsg. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Künast et al., R., 2015. *bundestag.de*. [Online]

Available at:

https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw27_ak_sterbebegleitung/379940

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Lebensschutz in Rheinland-Pfalz, 2015. *cdl-rlp.de*. [Online]

Available at: http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Sterbehilfe-in-Europa.html

[Zugriff am 13. 02. 2016].

Letzte Hilfe - Vereine für ein selbstbestimmtes Sterben, 2014. *letztehilfe.at*. [Online]

Available at: <http://www.letztehilfe.at/dokumente/>

[Zugriff am 13. 02. 2016].

Letzte Hilfe - Vereine für selbstbestimmtes Sterben, 2014. *letztehilfe.at*. [Online]

Available at: <http://www.letztehilfe.at/dokumente/>

[Zugriff am 13. .02. 2016].

Letzte Hilfe, 2016. *www.letztehilfe.at*. [Online]

Available at: <http://www.letztehilfe.at/sterbehilfe-vereinsgruendungsverbot-fuer-letzte->

[hilfe-landet-vor-dem-europaeischen-gerichtshof-fuer-menschenrechte/](#)

[Zugriff am 24 03 2017].

Lieder, M., 2016. *Prolegomena zu einer jeden künftigen Metaphysik*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.

Lilie, H. & Radke, J., 2005. *Lexikone Medizin und Recht*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Loewit, G., 2014. *Sterben zwischen Würde und Geschäft*. 1. Auflage Hrsg. Innsbruck-Wien: Haymon Taschenbuch.

Lyons, D., 1992. *Einführung in die utilitaristische Ethik*. 2. Auflage Hrsg. Tübingen: A.Francke Verlag GmbH Tübingen.

Maio, G., 2012. *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Maio, G., 2014. *Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit*. Stuttgart: TRIAS-Verlag.

Minelli, L. A., 2014. *dignitas.ch*. [Online]

Available at:

http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=67&lang=de

[Zugriff am 11 02. 2016].

Montgomery, F. U., 2015. *Sterbehilfe gegen Berufsordnungen aller Ärztekammern in Deutschland* [Interview] (06. 11. 2015).

Neumann, G. & Nicolai, F., 2017. *www.hpd.de*. [Online]

Available at: <https://hpd.de/artikel/bahnbrechendes-suizidhilfeurteil-oder-praxisferne-ausnahmeregelung-14154>

[Zugriff am 26 03 2017].

n-tv, 2016. *www.n-tv.de*. [Online]

Available at: <http://www.n-tv.de/politik/Niederlande-planen-Sterbehilfe-fuer-Altere->

[article18854026.html](#)

[Zugriff am 26 03 2017].

Online-Zeitschrift für Strafrecht, 2015. *hrr-strafrecht.de*. [Online]

Available at: <http://www.hrr-strafrecht.de/hrr/egmr/14/46043-14.php>

[Zugriff am 05 09 2016].

Peintinger, M., 2008. *Ethische Grundfragen in der Medizin*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Pieper, A., 2007. *Einführung in die Ethik*. 6. Auflage Hrsg. Tübingen: A. Franck Verlag.

Pott, G., 2013. Definition, Ziele und Geschichte der Palliativmedizin. In: G. Pott & D. Domagk, Hrsg. *Integrierte Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer GmbH, pp. 5 - 15.

Public Health Division, 2017. *www.public.health.oregon.gov*. [Online]

Available at:

<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year19.pdf>

[Zugriff am 26 03 2017].

Putz, W. & Steldinger, B., 2016. *Patientenrechte am Lebensende*. 6. Auflage Hrsg. München: dtv Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Resch, R. & Wallner, F., 2011. *Handbuch Medizinrecht*. 1. Auflage Hrsg. Wien: LexisNexis ARD ORAC.

Rheinische Post, 2016. *presseportal.de*. [Online]

Available at: <http://www.presseportal.de/pm/30621/3215378>

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Schmergal, C., 2017. "Dann komme ich in die Hölle". *Der Spiegel*, 04 02, pp. 40 - 43.

Schroeter, F., 1995. *Tugend und Moraltheorie*. *Zeitschrift für philosophische Forschung*. s.l.:s.n.

Schubert, C., 2005. *Der hippokratische Eid Medizin und Ethik von der Antike bis heute*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Schuler, K., 2015. *zeitonline.de*. [Online]

Available at: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-07/sterbehilfe-gesetzentwuerfe-cdu-csu-spd-linke-gruene>

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Schweiz, B. f. S., 2016. *www.bfs.admin.ch*. [Online]

Available at:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.2240354.html>

[Zugriff am 23 04 2017].

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, 2014. *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*. 6. Auflage Hrsg. Basel: Gremper AG.

Sensburg et al., P., 2015. *bundestag.de*. [Online]

Available at:

https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw27_ak_sterbebegleitung/379940

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Singer, P., 1996. *Wie sollen wir leben? Ethik in einer egoistischen Zeit*. 1. Auflage Hrsg. Erlangen: Harald Fischer Verlag GmbH.

Singer, P., 2013. *Praktische Ethik*. 3. Auflage Hrsg. Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH&Co.

Spaemann, R., 1987. *Über den Begriff der Menschenwürde*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Spaemann, R. & Fuchs, T., 1998. *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*. 2. Auflage Hrsg. Freiburg i. Brsg: Herder.

Splitt, C., 2015. *ekd.de*. [Online]

Available at:

http://www.ekd.de/presse/pm208_2015_erklaerung_sterben_in_wuerde.html

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Sterbehilfe Deutschland e.V., 2015. *sterbehilfedeuutschland.de*. [Online]

Available at: <http://www.sterbehilfedeuutschland.de/>

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Stoecker, R., 2016. Die Würde des Menschen - AEM Jahrestagung 2016. *Ethik in der Medizin*, Juni, p. 87 ff.

Suter, D., 2012. *30 Jahre Einsatz für Selbstbestimmung*. Zug: DMG.

Tanja Henking, J. V., 2016. Rechtliche Verbotsvorschläge der ärztlichen Unterstützung bei der Selbsttötung von schwerkranken Patienten. *Ethik in der Medizin*, Juni, pp. 121 - 133.

Universität Halle, 2017. *www.jura.uni-halle.de*. [Online]

Available at: <http://www.jura.uni->

[halle.de/rosenau/forschung_und_publicationen/2894243_2923276/](http://www.jura.uni-halle.de/rosenau/forschung_und_publicationen/2894243_2923276/)

[Zugriff am 14 03 2017].

Vereinbehörde Wien, 2014. *letztehilfe.at*. [Online]

Available at: <http://www.letztehilfe.at/vereinsgruendung/>

[Zugriff am 13. 02. 2016].

Weiffen et al., M., 2015. *drze.de*. [Online]

Available at: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen>

[Zugriff am 13. 02. 2016].

Wetz, J., 2011. *Texte zur Menschenwürde*. Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH & Co.KG.

Wittwer, H., 2003. *Selbsttötung als philosophisches Problem. Über Rationalität und Moralität des Suizids*. Paderborn: Mentis.

Woratschka, R., 2015. *tagesspiegel.de*. [Online]

Available at: <http://www.tagesspiegel.de/politik/sterbehilfe-aerztepraesident-warnt-vor->

[euthanasie/12403600.html](#)

[Zugriff am 08. 02. 2016].

Zivilgesetzbuch, S., 2008. *www.admin.ch*. [Online]

Available at: <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2009/141.pdf>

[Zugriff am 19 03 2017].

8 GLOSSAR

ABGB.....	<i>Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch</i>
BetmKV.....	<i>Betäubungsmittelkontrollverordnung</i>
BGH.....	<i>Bundesgerichtshof</i>
EGMR.....	<i>Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte</i>
EMK.....	<i>Europäische Menschenrechtskonvention</i>
MedBG.....	<i>Medizinalberufegesetz</i>
öStGB.....	<i>österreichisches Strafgesetzbuch</i>
SAMW.....	<i>Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften</i>
sStGB.....	<i>schweizerisches Strafgesetzbuch</i>
StGB.....	<i>Strafgesetzbuch</i>
StPO.....	<i>Strafprozessordnung</i>