

WÜRDIGES STERBEN UND LEBENSVERKÜRZUNG: RECHTLICHE BESTIMMUNGEN IM VERGLEICH

Prof. Dr. Carlo Casonato

VORWORT

Mit diesem Dokument, das dem Ethischen Komitee aus Bozen zur Diskussion vorgelegt wird, möchte ich mich darauf beschränken, einen Vergleich der Rechtsordnungen zum Thema Lebensende vorzunehmen.

Was den *Vergleich* betrifft, wähle ich eine Ansatzweise, die in erster Linie auf zwei Modellen beruht (nämlich auf dem zwingenden und dem permissiven Modell). Anhand dieser beiden Modelle kann es meines Erachtens gelingen, die typischen Merkmale einer ganzen Reihe von Staaten mit *western legal tradition* – einer kulturellen Tradition, auf die ich mich in meiner Analyse beschränke – klar zu beschreiben und gleichzeitig die Unterschiede sowie die Kohärenz innerhalb der einzelnen Rechtsordnungen hervorzuheben. Aus dieser Sicht beruht meine Analyse nicht auf ideologischen oder ethischen Grundlagen, sondern konzentriert sich vielmehr auf eine *rechtliche Methode*. Dabei zielt die Analyse darauf ab, die Kohärenz der einzelnen Aspekte innerhalb der verschiedenen Rechtssysteme sowie die Anwendung des Verfassungsprinzips von Gleichheit und Vernunft näher zu betrachten. Ich bin mir bewusst darüber, dass jede Art der Interpretation – vorwiegend wenn es um so heikle verfassungsrechtliche Fragen geht – aufgrund der ideologischen, religiösen, politischen und ethischen, kurz der kulturellen Merkmale, subjektiv beeinflussbar ist; vor diesem Hintergrund versuche ich, diese vergleichende Methode so neutral (und so wissenschaftlich) wie möglich vorzunehmen.

1. EINIGE KATEGORIEN FÜR DIE FORSCHUNG: DAS ZWINGENDE UND DAS PERMISSIVE MODELL.

Die Schnellebigkeit der Biologie sowie der jeweiligen technologischen Entdeckungen und der entsprechenden Anwendungen in der Medizin einerseits und die Entwicklung des Prinzips der Zustimmung andererseits haben dazu geführt, dass das Lebensende heute mehr denn je einen Lebensabschnitt darstellt, bei dem individuelle Entscheidungen getroffen werden können¹. Man kann daher von der Möglichkeit der Selbstbestimmung sprechen, nicht zuletzt auch mit

¹ Darunter, A. D'ALOIA, "Diritto" e diritti di fronte alla morte. Ipotesi e interrogativi intorno alla regolazione normativa dei comportamenti eutanastici, von L. CHIEFFI, *Bioetica e diritti dell'uomo*, Turin, 2000, 181; C. TRIPODINA, *Profili comparatistici dell'eutanasia. Itinerari giuridici alla scoperta di un "diritto" in via di riconoscimento*, in *Diritto Pubblico Comparto e Europeo*, 2001, 1714.

Bezug auf einen Lebensabschnitt, der bis vor nicht all zu langer Zeit noch bestimmten Rhythmen und Gesetzen unterlag und nur in begrenztem Maße vom Arzt beeinflussbar war.

Vor dem Hintergrund dieser (relativ) neuen Möglichkeit „der Beherrschung des Lebens“, hat die Rechtsordnung der einzelnen Staaten mit unterschiedlichen Ansätzen reagiert², nämlich mit Modellen, bei denen der Respekt gegenüber der *individuellen Selbstbestimmung* verschiedene Ausdrucksformen annimmt, die mit den Zielen des Staates und mit den von ihm auferlegten Beschränkungen übereinstimmen, gleichzeitig aber mit der Auffassung von *Würde* zusammenhängen, die als kollektives und nicht als individuelles Gut wahrgenommen wird.

Allgemein kann von einer Typologie ausgegangen werden, die auf zwei Hauptmodellen beruht: Zum einen das zwingende Modell (sowohl bezogen auf das Sterben als auch das Leben), das die Gemeinschaft vor das Individuum stellt, zum anderen das permissive Modell (des Lebens und des Todes), mit individueller Ansatzweise, bei dem das Individuum überwiegt. Wie man später erfahren wird, laufen beide, intuitiv abstrakt differenzierbaren Modelle Gefahr, bei praktischen Fällen sowie vor dem Hintergrund ideologischer und ethischer Überlegungen, nicht mehr so klar abgegrenzt werden zu können und sich teilweise sogar zu überlappen. Auf jeden Fall bin ich der Meinung, dass beide Modelle nützlich sind, wenn es darum geht, die verschiedenen Rechtssysteme im Hinblick auf die „Entscheidungen für das Lebensende“ besser zu beschreiben, zu erklären und zu bewerten.

1.1. Mit Bezug auf das **zwingende Modell des Sterbens** kann man sich auf wenige Anmerkungen beschränken, die sich auf den Felssturz von Sparta oder auf das *Euthanasieprogramm* beziehen, welches im Nazideutschland der Vierzigerjahre angewandt wurde³; dasselbe trifft auch auf das China der Gegenwart zu, wo die indirekte Auswirkung einer ganzen Reihe von steuerlichen, sozialen und anderen Vorschriften ein Verhalten mit sich bringt, die zu einer Art „Selektion“ der Neugeborenen je nach Geschlecht oder anderen physischen (nicht nur pathologischen) Merkmalen führt⁴. Über die großen Unterschiede der aufgezeigten Erfahrungen hinaus, ist als typisches Merkmal eines Staates mit zwingendem Modell des Sterbens die Annahme von Rechtsvorschriften anzusehen, die die menschliche Existenz bestimmten Kriterien „sozialer Nützlichkeit“ unterordnen. In diesem Sinne verneint der Staat mit zwingendem Modell nicht nur den höchsten Grad menschlichen Lebens, sondern auch die Menschenrechte sowie die persönliche Freiheit – und mit ihnen das Prinzip der Zustimmung; er verneint die Würde des Menschen, des

² R. DWORKIN, *Il dominio della vita*, Originaltitel *Life's Dominion*, Milano, 1994; J.M. SCHERER, R.J. SIMON, *Euthanasia and the Right to Die. A Comparative View*, New York - Oxford, 1999; S. SEMPLICI (a cura di), *Il diritto di morire bene*, Bologna, 2002.

³ Darunter, F. BERARDO, *Germania: aiuto nel morire o aiuto a morire?* in S. SEMPLICI (von), cit., 121.

⁴ **

Individuums. Bei diesem Modell kann keinesfalls von würdevollem Tod die Rede sein. Angesichts dieser Tatsache ist es offensichtlich, dass die italienische Verfassung, gleich wie die Verfassungsprinzipien aller Rechtsordnungen, die sich an die *western legal tradition* halten, in keinem Fall mit dem zwingenden Modell vereinbar ist.

1.2. Das **zwingende Modell des Lebens** andererseits zwingt das Individuum zur menschlichen Existenz, soweit dies die Natur ermöglicht bzw. medizinisch machbar ist, auch entgegen seinem eigenen Willen. Auch hier überwiegt die dominierende Ideologie gegenüber dem Prinzip der Zustimmung. Hier geht der Mensch, der frei und individuell moralische Entscheidungen treffen kann, hinter dem allgemeinen Interesse verloren. Auch hier respektiert der Staat mit zwingendem Modell des Lebens die zentrale Stellung menschlicher Würde nicht, da das Individuum und seine Existenz allein als *Funktion* für etwas anderes angesehen wird. Anders betrachtet, übernehmen Würde und ein würdevoller Tod keine eigene Dimension im Individuum, sondern stellen vielmehr eine Anschauung dar, die a priori von der dominanten Kultur vorgegeben und somit dem Individuum als etwas Zwingendes auferlegt wird. Auch dieses Modell ist in seiner reinen Form nicht vereinbar mit dem individualistischen Prinzip, das in allen liberalen Rechtsordnungen anerkannt wird⁵.

1.3. Ein drittes abstraktes Modell kann als **permissives Modell des Lebens und des Sterbens** definiert werden. Zentrales Thema bei diesem Modell ist das individualistische Prinzip und im besonderen die Selbstbestimmung des Menschen in Bezug auf seine Existenz. Solange diese Haltung des Menschen keine negativen Auswirkungen auf Dritte hat, wird kein allgemeines, kollektives oder staatliches Interesse festgelegt, das der individuellen Entscheidung übergeordnet ist. Somit wird der Mensch – zu verstehen als freies und autonomes Wesen sowie Träger moralischer Werte – Hauptdarsteller seiner eigenen Lebensentscheidungen. Bei diesem Modell baut sich die Würde, da keine konkreten Nachteile für die Kollektivität bestehen, auf den Interessen des Einzelnen auf. Daher geht man davon aus, dass der Einzelne frei und gleich ist, verantwortungsvoll und aufgeklärt; der Einzelne hat somit das Recht, über sein Leben und seinen Tod gemäß eigener Interessen zu entscheiden, ohne dass ihm von Außen ein bestimmtes Verhalten auferlegt wird.

1.4. Es handelt sich hiermit also um reine, klar umrissene Modelle, da sie abstrakt sind und keinerlei praktische Anwendung finden. Die meisten zeitgenössischen Rechtsordnungen *sind irgendwo zwischen dem zweiten und dem dritten Modell zu finden*; ganz allgemein gesehen ist das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung fast überall anerkannt, doch konkret gesehen erlaubt keine Rechtsordnung dem Individuum, ganz frei über sein menschliches Dasein zu

⁵ Über die Merkmale des permissiven Modells, Vgl. peer tutti, G. DE VERGOTTINI, *Diritto costituzionale comparato*, Padova, 1999, 269 ss.

entscheiden. Die modernen Staaten bewegen sich – wenn man sie aus der Sicht einer vergleichenden Analyse der Rechtsordnungen betrachtet – zwischen dem zwingenden Modell (das die Gemeinschaft vor das Individuum stellt) und dem permissiven Modell (das sich durch die individuelle Ansatzweise auszeichnet). Beide sind typischerweise gekennzeichnet von einem *Gleichgewicht* zwischen Freiheit und Zwang, zwischen individuellen und kollektiven Interessen; ein Gleichgewicht, das, wie später ersichtlich, nicht immer als Antwort auf das Prinzip der internen Kohärenz sowie auf das verfassungsrechtlich verankerte Prinzip von Gleichheit und Vernunft zu verstehen ist.

2. DAS ZWINGENDE MODELL

Dieses Modell mit zwingendem Charakter ist vereinbar mit einer allgemeinen Anerkennung des *Rechtes auf die Verweigerung medizinischer Behandlung*. Dieses Recht kann jedoch vor bestimmten bindenden bzw. schwierigen medizinischen Behandlungen oder Untersuchungen nicht geltend gemacht werden, da Letztere dem Patienten normalerweise von rechts wegen auferlegt werden, wobei jedoch der Wille des Patienten nicht einfach ignoriert werden darf (Vgl. Den Mechanismus des gesetzlichen Vorbehalts, der im ehemaligen Artikel 32 der italienischen Verfassung unterstrichen wurde). Vor diesem Hintergrund schließt das zwingende Modell die allgemeine „Pflicht gepflegt zu werden“ aus und räumt dem Einzelnen unter normalen Umständen das Recht ein, Entscheidungen über seine eigene Gesundheit zu treffen. Die Selbstbestimmung des Individuums und das damit zusammenhängende Recht der individuellen Entscheidung gibt dem Menschen jedoch nicht das Recht, die Kontrolle über seine letzten Lebensabschnitte zu übernehmen. So besteht auf der einen Seite das zuweilen verfassungsrechtlich verankerte Recht, live-saving-Therapien abzulehnen (passive Euthanasie), auf der anderen Seite hingegen das Verbot, die strafrechtlich verfolgte Tötung des beipflichtenden Patienten sowie die Beihilfe zum Suizid (freiwillige direkte Euthanasie) vorzunehmen (was ich der Einfachheit halber als freiwillige indirekte Euthanasie bezeichnen möchte). Dem ist zu entnehmen, dass die Rechtsordnung davon absieht – obwohl für Dritte oder für die Kollektivität keinerlei Nachteile entstehen – das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen in der terminalen Lebensphase als wertvolles Gut zu betrachten, das es im Rahmen der Rechtsordnung zu schützen gilt. Die Kontrolle der eigenen Existenz, die unter normalen Umständen vom einzelnen Individuum übernommen wird, unterliegt in außerordentlichen Situationen der staatlichen Rechtsordnung, die dem Individuum Entscheidungen auferlegen kann, welche von letzterem nicht mitgetragen werden.

Würde ist demzufolge als etwas zu verstehen, das mit dem Auferlegen von Pflichten und Verboten in Einklang gebracht werden soll, welche nicht so sehr mit eventuell entstehenden Schäden gegenüber Dritten in Verbindung stehen, sondern vielmehr mit der Aufgabe des Staates, ganz allgemein menschliches

Leben zu schützen. Die Entscheidung darüber, welcher Tod als würdevoll angesehen werden kann und welcher nicht, bleibt somit nicht der Entscheidung des Einzelnen überlassen, sondern wird a priori aufgrund von vorherrschenden kulturellen Vorschriften im weitesten Sinne definiert und dem Menschen auferlegt.

Abgesehen von den Übertherapien, wird die sogenannte unfreiwillige Euthanasie mit Mord ersten Grades gleichgesetzt. Zu den zur Verfügung stehenden Varianten des hier beschriebenen Modells gehören gemäß Verfassung - oder auch nicht - (beispielsweise bezogen auf das *common law*) das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung, die Unterscheidung zwischen ordentlichen Mitteln (Flüssigkeitsverabreichung und Ernährung) und außerordentlichen Mitteln (therapeutischer Natur), die Höhe der Bestrafung im Falle von Nichtbeachtung bestehender Verbote, das Vorhandensein von spezifischen lindernden Umständen, die verschiedenartige Vorstellung des beipflichtenden Patienten die Tötungsart und die Hilfeleistung bei Suizid betreffend, die Regelung von vorab definierten Richtlinien.

Das zwingende Modell ist u. a. in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Italien und in Großbritannien am stärksten vertreten.

2.1.DIE VEREINIGTEN STAATEN VON AMERIKA

Der Oberste Gerichtshof der Vereinigten Staaten von Amerika hat seit einiger Zeit das sogenannte *right to refuse medical treatment* festgelegt, das sowohl auf verfassungsrechtlicher Seite – und zwar auf Bundes- und auf Staatsebene – als auch auf Seite des *common law* und der *statutes* Gehör findet⁶.

Dieses Recht räumt dem Individuum bereits auf Verfassungsebene das Recht ein, *life-saving* und *life-sustaining*-Maßnahmen, genauso wie die Wasserzufuhr und die Ernährung abzulehnen⁷. Letzteres ist in Italien nicht möglich. In einer Situation, in der der Patient nicht mehr imstande ist, seinem Willen Ausdruck zu verleihen, ist es allerdings legitim, dass auf staatlicher Ebene ein Beweis für die Verweigerung der medizinischen Behandlung von Seiten des Patienten gefordert wird (s. Fall *Cruzan*)⁸. Der Großteil der Bundesstaaten hat in diesem Zusammenhang die Legitimität der sogenannten Patientenverfügungen oder *living wills* anerkannt; bei Letzteren kann jeder fähige Mensch im vornherein

⁶ Auch die Doktrin von *common law und informed consent* führt dazu, ein *right to refuse* neben den staatlichen Verfassungen (*right to privacy*) und anderen *state statutory instruments* zu berücksichtigen. Dazu gehören u. a., C. CASONATO, *Diritto alla riservatezza e trattamenti sanitari obbligatori: un'indagine comparata* (Recht auf Diskretion und auf obligatorische medizinische Behandlung: eine vergleichende Studie) Trient, 1995.

⁷ Es geht um *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 US 261 1990, gemäß dem «a competent person has a constitutionally protected liberty interest in being free of unwanted artificial nutrition and hydration».

⁸ Die Literatur des Falles *Cruzan* ist vernichtet. Unter anderem, A. SANTOSUOSSO, *Il paziente non cosciente e le decisioni sulle cure: il criterio della volontà dopo il caso Cruzan*, e G. PONZANELLI, *Nancy Cruzan, la Corte Suprema degli Stati Uniti und dasl "right to die"*, beide erschienen in *Il Foro*, 1991, IV, 66 e 72; J. MENIKOFF, *Law and Bioethics. An Introduction*, Washington, 2001, 304; H. BIGGS, *Euthanasia. Death with Dignity and the Law*, Oxford, 2001.

entscheiden, auf welche medizinische Behandlung er verzichten will, falls er nicht mehr imstande sein sollte, seinen Willen auszudrücken; oder aber er kann eine Person damit beauftragen, die in seinem Namen Entscheidungen diesbezüglich treffen kann.

Es sei jedoch hervorzuheben, dass der Patient auf diese Weise ausschließlich die medizinische Behandlung verweigern, nicht aber Entscheidungen über die aktive Euthanasie treffen kann. Die *living wills* (Patientenverfügungen) haben zudem zu einiger Verblüffung geführt, was die erforderliche immer aktuelle Zustimmung des Patienten bezüglich der Verweigerung der medizinischen Behandlung betrifft.

Diesbezüglich wurde nämlich behauptet, dass das Individuum nicht imstande sein kann, seinen Willen im Falle von unheilbarer Krankheit vorauszusehen und daher unter normalen Umständen auch keine bindenden Entscheidungen treffen kann, die in außerordentlichen Situationen geltend gemacht werden können⁹. Das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung erhielt jedenfalls ausschließlich einen negativen Beigeschmack, ein sogenanntes *right to refuse* eben; der Oberste Bundesgerichtshof hat dieses Recht nie als *right to die* interpretierte oder verstanden.

Zwei Urteile vom Juni 1997 waren die Bestätigung dafür, wie die staatlichen Rechtsordnungen, die die Beihilfe zur Tötung verbieten, keinerlei verfassungswidrigen Elemente gegenüber der *Equal Protection clause* (*Vacco v. Quill*) und der *Due Process clause* (*Washington v. Glucksberg*)¹⁰ aufweisen. Besonders in der Begründung des Falles *Vacco v. Quill* kehrt der Oberste Gerichtshof einstimmig das Urteil des Bundes-Appellationsgerichtshofes um, indem er die Ansicht vertritt, der Unterschied zwischen einem Sich sterben lassen durch Verweigerung medizinischer Behandlung (passive Euthanasie) und einem verursachten Sterben (direkte Euthanasie) sei begründet, logisch und absolut vernünftig¹¹.

Diese Entscheidung beruht auf der Aussage, dass die Gesetze von New York, welche die Beihilfe zum Suizid verbieten, absolut legitim seien, da sie kein

⁹ Darunter gehört u. a., Vgl. Die Monographie über *Bioetica*, 2/2001; P. CATTORINI (vone), *Le direttive anticipate del malato*, Milano, 1999; L. IAPICHINO, *Testamento biologico e direttive anticipate*, Mailand, 2000.

¹⁰ Es geht respektive um *Vacco, Attorney General of New York v. Quill*, 117 S.Ct. 2293 (1997) sowie um *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997). Zu den zahlreichen rechtlichen Erläuterungen, Vgl. M. UHLMANN (ed.), *Last Rights? Assisted Suicide and Eutanasia Debated*, Washington, 1998, in besonderem, 409 und folgende.; L.L. EMANUEL (ed.), *Regulating How we Die. The Ethical, Medical, and Legal Issues Surrounding Physician-Assisted Suicide*, Cambridge, 1998, passim; M. I. UROFSKY, *Lethal Judgements. Assisted Suicide & American Law*, Lawrence, 2000, 130 e ss.; H. BIGGS, *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*, Oxford, 2001, passim; D. HILLYARD, J. DOMBRINK, *Dying Right. The Death with Dignity Movement*, Routledge, 2001, passim; L.I. PALMER, *Endings and Beginnings. Law, Medicine, and Society in Assisted Life and Death*, Westport, 2000, 107 e ss.; K. FOLEY, H. HENDIN, *The Case Against Assisted Suicide. For the Right to End-of-Life Care*, Baltimore, 2002, passim. In generale, cfr. anche J. KEOWN, *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge, 1999.

¹¹ «Unlike the Court of Appeals, we think the distinction between assisting suicide and withdrawing life sustaining treatment, a distinction widely recognized and endorsed in the medical profession and in our legal traditions, is both important and logical; it is certainly rational».

einziges Grundrecht infrage stellen und keinerlei *suspect classification* hervorrufen würden.

Bereits dieser erste Abschnitt des Urteils scheint nicht überzeugend: Durch die nicht besonders realistische Verneinung dessen, dass hier keinerlei Grundrecht verletzt würde, kann sich der Gerichtshof des heiklen *balancing test* entziehen, bei dem ein Ergebnis zugunsten des Selbstbestimmungsrechtes des Einzelnen in einem so delikaten Lebensabschnitt hätte erzielt werden können. Der Gerichtshof umgeht somit das Problem zur Gänze und umgeht damit gleichzeitig eine große Anzahl von Rechtspositionen und theoretischen Positionen, bei denen das Recht auf Kontrolle des eigenen Sterbens sicherlich klar und wirksam definiert ist¹². Indem also der Gerichtshof verneint, dass das Verbot für Beihilfe zum Suizid sich auf keinerlei Grundrechte auswirkt, schädigt er einer bis jetzt recht kohärenten juristischen Rechtslinie – vom *right to privacy* zum *right to refuse* – welche das Prinzip auf Selbstbestimmung gerade in all jenen Fällen wahrt, bei denen es in erster Linie um sehr private Interessen geht, nicht aber um kollektive. Und gerade kraft mangelnder Berücksichtigung des Selbstbestimmungsprinzips – und somit schließt sich der Kreis – kann der Gerichtshof einige staatliche Interessen vom Kontext isoliert heranziehen und demzufolge auch „ohne Widerspruch“ schützen. Zu diesen staatlichen Interessen gehören beispielsweise *«prohibiting intentional killing and preserving life; preventing suicide; maintaining physicians' role as their patients' healers; protecting vulnerable people from indifference, prejudice, and psychological and financial pressure to end their lives; and avoiding a possible slide towards euthanasia»*.

Auch in der Urteilssprechung *Washington v. Glucksberg*, die vorwiegend an den *«legitimate government interests»* festhält, gibt der Gerichtshof keinerlei Auskunft darüber, weshalb diese Interessen im Falle von direkter oder indirekter Euthanasie (Beistand zum Suizid) überwiegen und im Falle von passiver Euthanasie hingegen nicht. Die Ausübung des verfassungsrechtlich anerkannten Rechtes, ärztliche Behandlungen, auch *life-saving*-Maßnahmen, abzulehnen, führt zum selben Ergebnis wie beim Beistand zum Suizid, nämlich zum Tod des Patienten.

Der Unterschied der beiden Positionen scheint im Krankheitsbild des Patienten zu liegen: Einerseits genügt die Unterbrechung der ärztlichen Behandlung, um dem unwürdigen Leben des Kranken ein Ende zu setzen, andererseits ist es notwendig, von Außen einzugreifen. Doch ein solcher Unterschied ist meines Erachtens keine ausreichende Rechtfertigung für derart diversifizierte Rechtsdoktrinen: Das Verfassungsrecht auf der einen Seite, das Strafrecht auf der anderen Seite!

Das Urteil *Vacco v. Quill* begründet die Verfassungsmäßigkeit der angefochtenen Gesetze damit, dass sie – da sie alle Menschen auf dieselbe Art und Weise behandeln – weder dem Gleichheitsprinzip schädigen (*l'Equal Protection clause*) würden, noch im Widerspruch mit den *right to refuse* stünden:

¹² Für alle, R. DWORKIN, *Il dominio della vita*, cit.

«*On their faces, neither New York's ban on assisting suicide nor its statutes permitting patients to refuse medical treatment treat anyone differently than anyone else or draw any distinctions between persons. Everyone, regardless of physical condition, is entitled, if competent, to refuse unwanted lifesaving medical treatment; no one is permitted to assist a suicide*».

Das Problem liegt jedoch darin, dass gerade diese «*physical conditions*» eine wirksame Ausübung des *right to refuse* verhindern können und einen Patienten zu einem Leben verdammen, das keineswegs würdevoller ist. Wenn die New Yorker Gesetze «*on their faces*» keine Diskriminierung mit sich bringen, dann ist das nur deshalb der Fall, weil man auf der Oberfläche halt gemacht hat, ohne auf alle diskriminierenden Implikationen näher einzugehen.

Ein weiteres bei *Vacco v. Quill* vorhandenes Element, das von allen Gegnern der Anerkennung einer direkten oder indirekten Euthanasie als gut geheißen wird, sind die Risiken der sogenannten «*slippery slope*». Das Thema der „rutschigen Böschung“ ist ein sehr heikles und viel diskutiertes Thema¹³. Beschränkt man sich ausschließlich auf ein logisches und kohärentes Urteil innerhalb der amerikanischen Rechtsordnung, ist allerdings nicht verständlich, warum die Risiken, die mit einer Abwertung des ärztlichen Berufsbildes, mit der Beseitigung von schwachen Mitgliedern einer Gruppe, mit Missbräuchen aus wirtschaftlichen Gründen und aus Bequemlichkeitsgründen, usw. zusammenhängen, warum eben diese Risiken für die direkte und indirekte Euthanasie Gültigkeit haben, nicht aber für die passive. Auch diejenigen Menschen, bei denen *life-saving*-Maßnahmen ergriffen werden, können Opfer eines externen Drucks sein, der aus verwerflichen Gründen ausgeübt wird; den Tod eines Patienten durch das Abschalten der künstlichen Beatmung herbeiführen, kann, genauso wie bei einer tödlichen Dosis Morphin, in den Augen der Öffentlichkeit die Rolle eines Arztes sehr negativ beeinflussen.

Das wirksamste Mittel gegen das Risiko des Missbrauchs liegt nicht darin, die direkte oder indirekte Euthanasie *tout court* zu verbieten, – da diese so oder anders vorgenommen wird – sondern vielmehr darin - wie wir auch bei der Überprüfung einer der typischen Merkmale des zwingenden Modells sehen werden – ein Verfahren einzuleiten, das eine ganze Reihe von Garantien und Kontrollen beinhaltet, die deren Ausübung reduziert.

Eine letzte kritische Bemerkung könnte hinsichtlich der zentralen Aussage in der Urteilsbegründung des Falles *Washington v. Glucksberg* geäußert werden, nämlich dort, wo gelehrt wird, dass die *Due Process clause* eine «*personal choice by a mentally competent, terminally ill adult to commit physician assisted suicide*» decken könnte. Darin scheint der *Chief Justice* Rehnquist die Tradition und die Geschichte der Nation als bestimmenden Parameter für

¹³ Darunter gehört u. a., G. DWORKIN, R.G. FREY, S. BOK, *Eutanasia e suicidio assistito. Pro e contro*, tit. Originaltitel: *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Torino, 2001.

Verfassungsmäßigkeit gegenüber den unterschiedlich interpretierten Verfassungsvorschriften heranzuziehen.

Damit möchte ich jedoch nicht behaupten, dass die Anerkennung - innerhalb der XIV Abänderung – eines Verfassungsgesetzes, das eigene Leben zu beenden, als zwingend angesehen werden muss. Gleichzeitig bin ich aber genauso wenig von einer *ratio decidendi* überzeugt, die sich nur auf das Vergangene («*for over 700 years, the Anglo American common law tradition has punished or otherwise disapproved of both suicide and assisting suicide*») und auf das Gegenwärtige beruft.

Abgesehen davon, dass die Risse innerhalb des diesbezüglich angenommenen *mainstream* dank des Umstands nachgewiesen wurden, dass zwei verschiedene Bundes-Appellationsgerichte der Vereinigten Staaten von Amerika aus dem zweiten und neunten Kreis über die Verfassungswidrigkeit der Vorschriften mit Bezug auf die Beihilfe zum Suizid befunden hatten, hat ein Verfassungsrichter nicht zuletzt die Aufgabe – deshalb gibt es ihn ja auch – die Ausübung des Verfassungsgesetzes zu erzwingen¹⁴.

Abgesehen von der sicherlich problematischen Anerkennung des *right to die* innerhalb der *Due Process clause*, sehe ich mich veranlasst, die übertriebene nachgiebige Haltung des Urteils zu kritisieren, in dem zur eigenen Verteidigung sogar die Präsidialunterzeichnung des *Federal Assisted Suicide Funding Restriction Act* aus dem Jahr 1997 zitiert wird; ein Urteil, das so definiert ist, dass die Wirksamkeit einer Kontrolle im Sinne von *checks and balances* nicht als notwendig erachtet wird.

2.2. ITALIEN

In Italien wird die Gesundheit in der Verfassung definiert und gilt als “Grundrecht des Individuums und der Kollektivität” (Art. 32, Abs. 2 der Verfassung). Damit das öffentliche Interesse gegenüber dem individuellen Recht hinsichtlich der Auswahl der Therapie überwiegt, bedarf es eines spezifischen Eingriffs von Seiten des Gesetzgebers.

Buchstabe zwei desselben Artikel anerkennt auf implizite, aber trotzdem unmissverständliche Weise ein allgemeines Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung, sofern diese nicht ausdrücklich im Gesetz vorgesehen ist:

«Niemand kann zu einer bestimmten medizinischen Behandlung gezwungen werden, außer per gesetzlicher Anordnung. Das Gesetz darf in keinem Fall die bestehenden Grenzen des Respekts vor dem Menschen verletzen.»

Auch in Italien hat das Individuum gemäß Verfassung das Recht, jede Therapie abzulehnen, die nicht ausdrücklich per spezifischem Gesetz vorgesehen ist, wobei Letzteres den Mensch und seine Würde respektieren muss. Trotz Artikel 5

¹⁴ Was sollte man ansonsten von den *overruling* bezüglich der verfassungsmäßigen Interpretation der Vorschrift des *new deal* oder der “*equal but different doctrine*” halten?

des Bürgerlichen Gesetzbuches kann auch in Italien sicherlich nicht von einer allgemeinen Pflicht gesprochen werden, sich zu pflegen oder seine Gesundheit zu schützen¹⁵ und das Individuum, das keinen *life-saving*-Maßnahmen ausgesetzt werden möchte, hat das Recht, diese Maßnahmen zu verweigern¹⁶.

Im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten von Amerika, scheint die italienische Rechtsprechung auf der einen Seite weniger rigide zu sein was den Beweis der Zustimmung des Patienten betrifft, auf der anderen Seite hat sie noch nicht klargestellt, ob Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als sanitäre Behandlungen angesehen und somit auf legitime Art und Weise verweigert werden können (“s. Fall Englaro”)¹⁷. Diesbezüglich sei der unsichere Umgang mit dem vorherrschenden Prinzip der Zustimmung hervorzuheben, das vor dem allgemeinen staatlichen Interesse, Leben zu bewahren, steht. Verleiht man allerdings der Zustimmung weniger Gewicht und misst dem *life-saving* mittels Ernährung und Flüssigkeitszufuhr mehr Bedeutung bei, so scheint das italienische System im Vergleich zum Bundesmodell der Vereinigten Staaten von Amerika näher am zwingenden Modell zu liegen. Zudem scheint dies den bereits dargelegten Widerspruch zu unterstreichen, gemäß dem das Recht, das eigene Leben zu kontrollieren und ihm auf würdevolle Art und Weise ein Ende zu setzen, in letzter Instanz vom Krankheitszustand des Einzelnen abhängt.

Gemäß italienischem Strafgesetzbuch wird auch heute noch ganz explizit sowohl die Tötung des Patienten, mit dessen Einwilligung, als auch die Beihilfe zum Suizid bestraft; somit verbietet das italienische Gesetz sowohl die direkte als auch die indirekte Euthanasie¹⁸. Unlängst wurde eine ganze Reihe von

¹⁵ Unter Art. 5 des Bürgerlichen Gesetzbuches steht: «Über seinen eigenen Körper selbst zu verfügen ist dann verboten, wenn dieser Akt eine permanente Verringerung der physischen Integrität mit sich bringt oder wenn man damit gegen das Gesetz, gegen die öffentliche Ordnung oder gegen die Sitten handelt». Diese Verfügung darf weder aus systeminternen noch aus historischen Gründen, die Verfassungsvorschrift nicht überwiegen. Vgl. L. CHIEFFI, *Bioetica e diritti dell'uomo*, cit. 184; A. SANTOSUOSSO, *Corpo e libertà. Una storia tra diritto e scienza*, Milano, 2001. Zudem, M. IMMACOLATO, Note und Urteil des Gerichtes Pordenone, 11 Januar 2002, in *Bioetica*, 2002, 396.

¹⁶ Ein Wiederherstellung der Rechtsdoktrin und des rechtlichen Panoramas in Italien, zuletzt in M.E. SALVATERRA, *Esiste un diritto a morire? Riconoscimenti, implicazioni e limiti del diritto di non curarsi nell'ordinamento giuridico italiano*, in *Bioetica*, 2002, 730.

¹⁷ Das Gutachten der sogenannten “Commissione Veronesi” über Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Menschen mit irreversiblen Verlust ihres Bewusstseins besagt «Die Art und Weise der medizinischen künstlichen Ernährung in Individuen mit permanentem Bewusstseinsverlust muss mit einer Nasen-Magen-Sonde oder auf ähnliche Weise vorgenommen werden; daraus ergibt sich die Notwendigkeit, diese medizinische Behandlung gemäß den ethischen und rechtlichen Parametern zu bewerten, die im Bereich medizinischer Behandlungen bestehen»: <http://www.zadig.it/speciali/ee/stud15.htm>. Vgl. Fall Englaro, <http://www.zadig.it/speciali/ee/>; Das Volumen über *Bioetica*, 1/2000, L. CHIEFFI (von), *Bioetica e diritti dell'uomo*, cit. 205.

¹⁸ Die Tötung des Patienten mit dessen Zustimmung wird gemäß Art. 579 des italienischen Strafgesetzbuches bestraft.:

«Jeder, der den Tod eines Menschen mit dessen Zustimmung herbeiführt, wird mit sechs bis fünfzehn Jahren Haft bestraft.

Die in Art. 61 erwähnten erschwerenden Umstände werden nicht angewandt.

Angewandt werden die Verfügungen bezüglich der Tötung, wenn die Tat:

1. gegen eine minderjährige Person ausgeübt wurde;

Änderungsvorschlägen im italienischen Strafgesetzbuch bezüglich einer teilweisen Strafmilderung bei Euthanasie von Seiten der italienischen Regierung heftigst abgelehnt.

Somit zeichnet sich meines Erachtens auch in Italien eine widersprüchliche Situation ab, nämlich die Möglichkeit, einerseits auf medizinische Behandlung im Sinne von *life-saving* (im Verfassungsrecht festgehalten) zu verzichten und andererseits Beihilfe zum Suizid zu verlangen (gesetzlich verboten und schwerst bestraft).

Vor diesem Hintergrund schlage ich die systematische Lektüre des „Falles Forzatti“ (caso Forzatti) vor. Isoliert gesehen, könnte das diesbezügliche Urteil als eine Eskamotage angesehen werden, die zu nichts anderem dient, als den Anforderungen einer „substantiellen Gerechtigkeit“ gegenüber dessen, was die Gesetzesvorschriften im Strafgesetzbuch vorsehen, gerecht zu werden: Die Frau wurde untersucht und war noch eine Stunde vor dem Eingriff ihres Mannes am Leben. Gegenüber des unseres Erachtens bestehenden Widerspruchs innerhalb des zwingenden Modells – gemäß dem die Prinzipien der passiven Euthanasie im Rahmen der aktiven Euthanasie auf den Kopf gestellt wurden – kann diese Entscheidung als eine konkrete Antwort auf eine unlogische Differenzierung des Rechtssystems angesehen werden; so als könnte die Summe zweier Widersprüche zu einem logischen Ergebnis führen¹⁹. An dieser Stelle wäre es sicherlich angebracht, diese Widersprüchlichkeit mittels gezielter Regeln aufzuheben; somit würde den Sanitätsbeauftragten sowie den einzelnen Richtern die große Last genommen, die Logik des Rechts richtig zu interpretieren.

2.3. GROSSBRITANNIEN

In Großbritannien wurde die Auseinandersetzung bezüglich der Entscheidungen zum Lebensende erst in jüngster Zeit wieder aufgenommen. Bereits im Jahre

2. gegen eine psychisch kranke Person ausgeübt wurde bzw. gegen eine Person mit psychischen Mangelerscheinungen, mit anderen Leiden oder eine Person, die an Alkohol- und Drogenabhängigkeit litt;

3. gegen eine Person ausgeübt wurde, deren Zustimmung zur Tat gewaltsam erzwungen wurde, wenn die Person bedroht oder negativ beeinflusst wurde oder aber wenn sie betrogen wurde»

Die Beihilfe oder die Anstiftung zum Suizid ist in Art. 580 des italienischen Strafgesetzbuches vorgesehen:

«Jeder, der den Selbstmord einer anderen Person herbeiführt oder den Suizidgedanken bekräftigt d. h. die Durchführung des Selbstmordes erleichtert, wird strafrechtlich verfolgt, wenn der Suizid stattfindet. Die Strafe beträgt fünf bis zwölf Jahre Haft. Findet der Suizid nicht statt, beträgt die Strafe ein bis fünf Jahre Haft, und zwar dann, wenn der versuchte Suizid schwere bis schwerwiegende Folgen für die betroffene Person mit sich bringt.

Die Strafen werden erhöht, wenn sich die Person, die zum Selbstmord angestiftet wird oder der geholfen wurde, in einer der unter Abs. 1 und 2 des vorhergehenden Artikels erwähnten Bedingungen befindet. Wenn o. g. Person unter vierzehn ist bzw. ihren eigenen Willen nicht ausdrücken kann oder darf, werden die für Mord vorgesehenen Verfügungen angewandt. ».

¹⁹ Auch die bereits angekündigte von der Staatsanwaltschaft geforderte Gnade (*La Repubblica*, 25-4-2002) scheint Widersprüchlichkeiten rechtlicher Ordnung aufzuweisen.

1993 hat die *High Court* aus London anlässlich des sogenannten *Tony Bland case* die Erlaubnis gegeben, die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr eines Siebzehnjährigen zu unterbrechen, der fünf Jahre zuvor schwere Hirnschäden erfahren hatte²⁰. Im Unterschied zu Italien wurden diese medizinischen Maßnahmen einer ärztlichen Therapie gleichgesetzt: Die Zustimmung des betroffenen Patienten überwog, angesichts der zwecklosen Verlängerung der Übertherapie und angesichts des allgemeinen *right to refuse medical treatment*, gegenüber dem staatlichen Interesse, menschliches Leben aufrechtzuerhalten. Was die Beweise der Verweigerung weiterer medizinischer Maßnahmen von Seiten des Patienten betrifft, waren die englischen Richter weniger rigide als die amerikanischen. Die Engländer begnügten sich – aufgrund von nicht vorhandenen Erklärungen von Seiten des Jungen – auch mit indirekten Hinweisen, wie beispielsweise Aussagen von Familienmitgliedern; die ärztliche Stellungnahme bezüglich des *best interest* des Patienten wurde – so scheint es – verstärkt berücksichtigt und detailliert erläutert²¹.

Das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung wurde unlängst mit dem sogenannten Fall der Miss B bestätigt; es handelt sich dabei um eine unter Tetraplegie leidenden Frau mit eiserner Lunge, der der Höchste Gerichtshof, der *High Court*, die Unterbrechung der von ihr nicht gewünschten medizinischen Behandlung erlaubte. Die Ärzte, die sie behandelten, hatten es abgelehnt, die Maschinen, an denen ihre Patientin hing, abzuschalten und beriefen sich dabei auf ihre ärztliche Pflicht, Leben zu schützen²². Der Prozess, bei dem sich die Richterin Elizabeth Butler Sloss bezüglich der Beweise für die Verweigerung weiterer medizinischer Maßnahmen als sehr streng erwies²³, bekräftigte das Recht auf Verweigerung medizinischer Maßnahmen der Miss B; und als Bestätigung für die für das *common law* so typische englische Strenge in Sachen *rights* und entsprechenden *remedies*, hat die Richterin das Krankenhaus, das sich geweigert hatte, die medizinische Behandlung zu unterbrechen, wegen «*unlawful trespass*» zu einer symbolischen Summe von 100 englischen Pfund verurteilt. Nach einem Prozess, der zu mancher Bestürztheit führte (sogar Miss B hatte erklärt: «*The law of consent of treatment is very clear and this has been a long and unnecessary, and personally painful, process*»), wurde der Wille der

²⁰ Vgl.: http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/background_briefings/euthanasia/1044740.stm. Angesichts der Schwierigkeiten im Bereich der Zustimmungstheorie, kam in der Stellungnahme des Lord Browne-Wilkinson auf jeden Fall eine Mahnung an das Parlament vor: demzufolge sei es "imperative that the moral, social, and legal issues raised by this case should be considered by parliament." gewesen Vgl. C. DYER, *Gaps in law plugged for "mentally incapacitated"*, in *BMJ*, 1995, 310, 549 (4 March).

²¹ In diesem Zusammenhang, Vgl. A. SANTOSUOSSO, *Aperture importanti e remore inspiegabili della Corte d'appello di Milano sul "caso E.E."*, in *Bioetica*, 2000, 66; C. TRIPODINA, cit., 1731

²² Dies ist daher als etwas zu betrachten, das die passive Euthanasie mit der direkten bzw. indirekten gemeinsam hat.

²³ Die Richterin wollte die Fähigkeit des Patienten, seinen Willen auszudrücken sowie die Authentizität der Zustimmung persönlich sicherstellen.

Patientin erfüllt: Eine unwürdige Existenz wurde «*peacefully and with dignity*» unterbrochen²⁴.

Auch Großbritannien kennt somit ein *right to refuse* - das auch *life-saving*-Maßnahmen umfasst - das sich gleich wie die diesbezüglichen amerikanischen Bundesvorschriften und die entsprechenden Vorschriften in Italien, nicht auf Tötung des Patienten, mit dessen Einwilligung oder Beihilfe zum Suizid berufen darf²⁵. Der Fall *Pretty*²⁶ bestätigt, dass sich in Großbritannien, wo das Prinzip der Selbstbestimmung anerkannt wird, derartige Fälle außerhalb der rechtlichen Dimension bewegen und daher strafrechtlich verfolgt werden.

2.4. ERSTE ÜBERLEGUNGEN ZUM ZWINGENDEN MODELL

Vor dem Hintergrund dieser Analyse ist es offensichtlich, dass das hier beschriebene zwingende Modell im Rahmen der passiven Euthanasie (als Folge des Rechtes auf Verweigerung medizinischer Maßnahmen) unterschiedliche und gegensätzliche rechtliche Aspekte im Vergleich zur freiwilligen direkten oder indirekten Euthanasie (Tötung des Patienten, mit dessen Einwilligung oder Beihilfe zum Suizid) aufweist. Erstere (also die passive Euthanasie) ist ein meist verfassungsrechtlich verankertes Recht, Letztere (also direkte oder indirekte Euthanasie) ist verboten und wird strafrechtlich verfolgt.

Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass bei der passiven Euthanasie der Tod als Folge des natürlichen Verlaufs der Krankheit anzusehen ist; bei der direkten oder indirekten Euthanasie hingegen, der Tod durch einen direkten ärztlichen Eingriff verursacht wird. Das heißt, dass bei der passiven Euthanasie der Tod – wenn man so will – in einem Körper heranreift, der nicht mehr überleben kann und dass bei der direkten oder indirekten Euthanasie hingegen einem noch überlebensfähigen Körper der Tod von Außen zugeführt wird. Und genau diese Unterscheidung sollte sowohl auf rechtlicher als auch auf ethischer Ebene die Differenz im Verhältnis zwischen Ursache und Intention ausmachen. Nur dass bei der direkten oder indirekten Euthanasie die Intention den Tod herbeiführt, während bei der passiven Euthanasie vordergründige Ursache des Todes die Unterbrechung einer Therapie ist, die der Kranke nicht mehr erträgt.

Bei diesem Ansatz, bei dem die vorherrschende Anforderung, den Willen des Patienten zu schützen, nicht berücksichtigt wird, besteht meines Erachtens eine rechtlich nicht tragbare Unterscheidung sowie ein Widerspruch des Rechtssystems. Sollte das staatliche Interesse, Leben aufrechtzuerhalten und in der amerikanischen Rechtsprechung eine entscheidende Rolle spielt, nicht auch hinsichtlich des *right to refuse* eine tragende Rolle spielen?

Wir würden die diagnostische Fähigkeit der modernen Medizin lächerlich machen, wenn wir nicht davon ausgehen könnten, dass Ärzte und Pflegepersonal

²⁴ Die zitierten Wörter stammen von der Richterin Butler Sloss. Vgl. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/1887481.stm>.

²⁵ Vgl. sec. 2(1) des *Suicide Act*, 1961.

²⁶ Man bezieht sich hier mehr auf das Urteil des *House of Lords* vom 29. November 2001 als auf jenes des Europäischen Menschenrechts-Gerichtshofes vom 29. April 2002.

sehr wohl erkennen, dass ein Patient stirbt, wenn seine Therapie unterbrochen wird. Betrachtet man den Willen, „die Maschinen abzuschalten“ isoliert, so scheint dieser Ansatz nicht unbedingt realistisch, wenn man bedenkt, dass das logische Ergebnis einer solchen Tat der Tod ist. Und die Anwendung des Kausalitätsprinzips ohne die Berücksichtigung der Auswirkung, scheint mehr einer ballistischen Kalkulation nahe zu kommen, als der Bewertung menschlichen Verhaltens.

Das überwiegende staatliche Interesse, Leben zu erhalten gegenüber der Fähigkeit, individuelle Entscheidungen zur direkten Euthanasie, nicht aber zur passiven Euthanasie zu treffen, scheint mir daher unvernünftig, da beim staatlichen Interesse, wie mehrmals erwähnt, gleichwertige Kategorien differenziert behandelt werden, deren Unterschiede einzig und allein auf das Krankheitsbild des Patienten zurückzuführen sind.

Des weiteren könnte behauptet werden, dass ein derartiger Ansatz zu einer Diskriminierung all jener führt, die ihre eigene Entscheidung nicht praktisch umsetzen können: Nämlich das Recht, über die eigene Existenz selbst entscheiden zu können. Ein Recht, das scheinbar nur den gesunden Menschen vorbehalten ist, demzufolge „alle ihrem eigenen Leben ein Ende setzen können außer jene, die aus physischen Gründen nicht dazu imstande sind.“²⁷

Weitere Elemente, die meines Erachtens keineswegs von einer logisch-rechtlichen Überlegung getragen werden können, sind jene, die mit der Auffassung des *slippery slope* zusammenhängen. Das Risiko, dass Euthanasie missbraucht werden kann, ist ein reales Risiko. In so kritischen Phasen der Existenz können verwerfliche Interessen wirtschaftlicher und erbrechtlicher Natur zu tragen kommen; aber auch Interessen, die aus Bequemlichkeit, aus Hörigkeit, unter Berücksichtigung der eugenischen Selektion, usw. wahrgenommen werden. Doch wenn diese Risiken für die direkte und indirekte Euthanasie Gültigkeit haben, warum dann nicht auch für die passive Euthanasie, bei der der Tod ausschließlich auf die Unterbrechung der *life-saving*-Maßnahmen zurückzuführen ist? Entweder dieser Ansatz hat für beide Formen (aktive und passive Euthanasie) Gültigkeit oder für keine. Eine gut durchdachte Modalität, wie ein würdevoller Tod herbeigeführt werden könnte, könnte dazu beitragen, die Risiken einer Vorgangsweise zu vermeiden, die sich neben widersprüchliche Vorschriften einschleichen könnte²⁸.

Vor dem Hintergrund eines Kriteriums, das verfassungsrechtlich verankert ist, nämlich das Kriterium der Gleichberechtigung, aufzufassen im Sinne berechtigter Differenzen, scheint es somit nicht korrekt, die Analogien beider Situationen abzuwerten und alles auf das Krankheitsbild des Patienten abzuwälzen sowie auf das einzige, aus dem Kontext und dem Zufall sich ergebenden aktive oder passive, interne oder externe Merkmal des medizinischen Eingriffs, der

²⁷ M. LUCIANI, *Suicidio, diritto dei sani*, in *La Stampa*, 30 April 2002.

²⁸ Wie wir sehen werden, das Bedürfnis, bereits erstellte Protokolle außerhalb der Kontrollen und Garantievorschriften neu zu regeln, stellt die Grundlage der niederländischen und belgischen Gesetzgebung in diesem Bereich dar.

notwendig ist, um eine Existenz zu beenden, die nicht mehr als würdevoll angesehen werden kann.

Fügt man zu dem Ganzen noch die Unsicherheiten in der rechtlichen Definition der Übertherapie hinzu, so sind sowohl Richter als auch das sanitäre Pflegepersonal einer rechtlichen Ordnung ausgeliefert, die sich selten als kohärent auszeichnet, was wiederum zu Unsicherheiten bezüglich der persönlichen Verantwortlichkeiten sowohl zivilrechtlicher als auch strafrechtlicher Natur führt. Diese Unsicherheit birgt wiederum das Risiko in sich, das Verhalten der Ärzte dahingehend zu beeinflussen, dass sie Verantwortung vermeiden und somit nicht zum Wohle des Patienten agieren.

Eine zweite Überlegung könnte auf der Grundlage des personalistischen Prinzips entwickelt werden, das in allen liberalen Rechtsordnungen (wie in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Italien und in Großbritannien, um nur einige zu nennen) ein grundlegendes Prinzip ist.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass sich bei diesem Prinzip – zumal es Dritten keinerlei Schaden zufügt – die Tendenz hin zu den Rechten der individuellen Freiheit breit macht. Trotz der unterschiedlichen ideologischen Positionen, scheint es daher logisch, im Rahmen einer liberalen Neigung innerhalb der westlichen Verfassungen, das Interesse der Selbstbestimmung des Individuums vor das dem Schutze des Lebens gewidmete staatliche Interesse zu stellen. Hier sei ein zweites widersprüchliches Element innerhalb der Grundprinzipien der genannten Verfassungsordnungen und der konkreten Lösung der Problematiken, die mit dem Lebensende in Verbindung stehen, zu erwähnen²⁹.

3. DAS PERMISSIVE MODELL

Das permissive Modell beruht auf dem Schutz des allgemeinen Rechtes, ärztliche Behandlungen zu verweigern. Genauso wie das zwingende Modell, sieht das permissive Modell die Möglichkeit vor, bestimmte medizinische Behandlungen als obligatorische Maßnahme einzuführen, um die kollektive Gesundheit zu schützen (beispielsweise vor Ansteckungsgefahren). Der Unterschied zum zwingenden Modell liegt allerdings in einem qualitativ besseren Schutz des Selbstbestimmungsrechtes der Person bezogen auf ihre Existenz. Bei nicht vorhandenen konkreten Risiken für die Kollektivität wird jedes Individuum, das seinem eigenen Willen Ausdruck verleihen kann, als freie und autonome Willens- und Moraleinheit anerkannt und geschützt; und das bezieht sich in gewissem Maße auch auf die terminalen Phasen des Lebens. Die Auffassung von Würde und von würdevollem Tod werden nicht a priori aufgrund des dominierenden kulturellen Ansatzes definiert; es bleibt dem Einzelnen überlassen, sich darüber Gedanken zu machen und dementsprechend persönliche und autonome Entscheidungen zu treffen, nicht zuletzt auch was die Euthanasie betrifft.

²⁹ In diesem Zusammenhang, Vgl. M. CHARLESWORTH *Bioethics in a liberal society*, Cambridge, 1999.

Das hier beschriebene Modell weist allerdings nur eine permissive *Tendenz* auf, da es in sich kein Recht auf Tötung oder Euthanasie vorsieht, sondern meistens nur darauf hinweist, dass diejenigen, die die direkte oder indirekte Euthanasie vornehmen, unter bestimmten Umständen nicht bestraft werden. Auf jeden Fall liegt die angewandte Strategie darin, die Beihilfe zum Suizid und die Tötung des Patienten, der ihr zustimmt, nur innerhalb eines begrenzten Rahmens anzuerkennen.

Neben einer Schwächung des staatlichen Interesses zur Aufrechterhaltung des Lebens steht daher der Wille des Patienten an aller erster Stelle. Und um zu gewährleisten, dass dieser Wille authentisch ist und somit frei von schädlichen Einflüssen, oder sich vielleicht nur als vorübergehende Erscheinung äußert, ist eine Reihe von *substantiellen Anforderungen* vorgesehen, die mögliche Missbräuche a priori verhindern können. So beispielsweise sind bei schwerwiegenden Krankheitsbildern (die terminale Phase einer Krankheit, das Vorhandensein von nicht akzeptablen physischen und psychischen Schmerzen, unwirksame alternative Behandlungen bzw. Palliativmaßnahmen) bestimmte Anforderungen zu erfüllen (der „informed consent“, der Wille des Patienten oder das Vorhandensein von eindeutigen und unwiderruflichen Patientenverfügungen, die Anwesenheit von Tutoren oder Eltern mit dem möglichen Eingriff von Seiten eines Richters, das nicht Vorhandensein von zeitweise depressiven Zuständen, eine Zeitspanne zwischen der Bitte um Lebensverkürzung und der Euthanasie, der Eingriff eines Psychologen oder eines unabhängigen Arztes, der die Einhaltung der Anforderungen bestätigt) und einige „umfeldbedingte“ Schutzfaktoren zu berücksichtigen (die gewissenhafte Einhaltung von Kriterien wie Genauigkeit und Angemessenheit in der Durchführung der Euthanasie, der Verlust von wirtschaftlichem Profit von Seiten der direkt involvierten Personen, die Möglichkeit von Seiten eines jeden Arztes, aus Gewissensgründen der von ihm verlangten Aufgabe nicht nachzukommen, die Kontrolle der Einhaltung der Bedingungen von Seiten technischer Ausschüsse oder seitens der Staatsanwaltschaft).

Wenn sogar im permissiven Modell der Mensch nicht das Recht hat, mit dem eigenen Leben das zu tun was er will, so liegt das charakteristische Element dieses Modells in einer höheren Anerkennung seines Willens – unter Berücksichtigung bestimmter Bedingungen – was die Entscheidungen über sein Lebensende betrifft. Das Interesse, seiner eigenen Existenz auf würdevolle und menschliche Form ein Ende zu setzen, wird nicht hinter das staatliche Interesse, Leben zu schützen, gestellt; vielmehr wird es mit diesem Interesse in einer Beziehung zusammengeführt und wirkt so - meines Erachtens – aus verfassungsrechtlicher Sicht sicherer und kohärenter. Bei diesem Modell hängt das Recht, seiner als unwürdig und unmenschlich angesehenen Existenz ein Ende zu setzen, nicht mehr vom Krankheitsbild des Patienten ab, sondern vielmehr von einem nicht absoluten Selbstbestimmungsprinzip, das mit den liberalen und mit allgemeinen personalistischen Werten vereinbar ist. Die aktive und passive

Euthanasie werden somit von einer einheitlichen und kohärenten Auffassung über das menschliche Leben geregelt.

3.1. Auch die **Niederlande** fallen unter die hier analysierte Kategorie. Das Gesetz aus dem Jahre 2001 über die Kontrolle des freiwilligen Lebensabbruchs sowie der Beihilfe zum Freitod wurde nach langen und schwierigen Diskussionen gebilligt; an dieser Diskussion nahmen Richter und staatliche Studieneinrichtungen genauso wie Mitglieder aus ärztlichen Vereinigungen und dem Parlament teil. Diese Diskussion wurde auch von der Öffentlichkeit aufmerksam verfolgt³⁰. Die niederländische Rechtsprechung anerkennt nicht das subjektive Recht der Euthanasie (direkter oder indirekter Natur) und legalisiert auch aus einem formellen Standpunkt diese Haltung nicht³¹. Nichtsdestotrotz ist unter bestimmten Bedingungen die Tötung durch den Arzt erlaubt und es wird von einer Strafverfolgung abgesehen. Es ist also Usus, aufgrund des Strafgesetzbuches und der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen bezogen auf den Umgang mit Leichen einzugreifen, und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Ärzte, die gemäß der bestehenden Kriterien den freiwilligen Abbruch des Lebens bzw. die Beihilfe zum Suizid vornehmen, auszuschließen (Vgl. Vorwort).

Alle Vorsichtsmaßnahmen sowie die vorgesehenen äußerst komplizierten Verfahren zielen darauf ab, von einer strafrechtlichen Verfolgung der Ärzte nur bei jenen Fälle abzusehen, bei denen die Authentizität der Bitte um Lebensverkürzung bewiesen ist ergo dann, wenn sich ein Patient in der terminalen Lebensphase befindet und unerträglichen Schmerzen ausgesetzt ist. Im Besonderen hebt Art. 2 der Gesetzgebung hervor, dass „der Arzt:

- a. hundertprozentig davon überzeugt ist, dass die Bitte um Lebensverkürzung des Patienten spontan und gut überlegt sei;
- b. hundertprozentig davon überzeugt ist, dass die Schmerzen des Patienten unerträglich und dass die Aussichten auf eine Besserung nichtig seien;
- c. den Patienten über seine klinische Lage und seine Aussichten informiert habe;
- d. gemeinsam mit dem Patienten zur Überzeugung gelangt sei, keinerlei vernünftige Alternative zu seiner Situation zu finden;
- e. mindestens einen anderen unabhängigen Arzt einbezogen zu haben, der den Patienten untersucht und seine Stellungnahme über der Einhaltung aller Kriterien bezüglich der Sorgfaltspflicht des Arztes gemäß Sektionen a) bis d) schriftlich festgehalten habe;

³⁰ Vgl. A. RONZIO, *Niederlande: Die Entscheidung für die Legalisierung*, in S. SEMPLICI (von), *Das Recht, gut zu sterben*, cit., 109; C. TRIPODINA, cit., 1733; C.A. DEFANTI, *Lebend oder tod? Die Geschichte des Todes in der modernen Medizin (La storia della morte nella medicina moderna)*, Mailand, 1999, 174; J.M. SCHERER, R.J. SIMON, cit., 53.

³¹ In diesem Sinn unterscheidet sich das Gesetz vom italienischen Vorschlag des Komitees für Bioethik über die Rechte terminaler Kranker (Art.1) sowie vom Gesetzesentwurf, der das Ergebnis einer Volksinitiative im Dezember 2000 war und von der Liste Bonino vorgeschlagen wurde (Art. 1); Vgl. *Bioetica*, 2/2001, 382 und folgende.

f. das Leben des Patienten nach bestem Wissen und Gewissen beendet habe bzw. dem Patienten auf gewissenhafte Weise Beihilfe zum Suizid geleistet habe (...)“³²..

Eine zusätzliche Kontrolle hinsichtlich der Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bedingungen wird von Seiten der Regionalen Kontrollkommissionen für die freiwillige Lebensbeendigung und die Beihilfe zum Freitod vorgenommen. Die Mitglieder besagter Kontrollorgane, die von den Ministern für Justiz, das Gesundheitswesen, das Wohlbefinden und dem Sport ernannt werden, sind damit beauftragt, alle Dokumente zu überprüfen, die im Rahmen der Euthanasiemaßnahmen erstellt wurden; im Falle von Nichteinhaltung der gem. Art. 2 erwähnten Sorgfaltspflichten von Seiten der Ärzte, werden besagte Dokumente an den Staatsanwalt weitergeleitet, der seinerseits die Verurteilung des Arztes veranlassen und eine Strafe von bis zu 12 Jahren Haft (Art. 293 des Strafgesetzbuches) beantragen kann³³. Im Mai des Jahres 2002 wurde auch in **Belgien** die Euthanasie legalisiert; die entsprechenden einzuhaltenden Kriterien und vorzunehmenden Verfahren waren ähnlich wie in den Niederlanden³⁴.

3.2. 1995 hat das Parlament des *Australischen Northern Territory* ein Gesetz mit dem Titel *Rights of the Terminally Ill Act* gebilligt, das eine Reihe von Kriterien vorsieht, die – falls sie eingehalten werden - die direkte Euthanasie bzw. die Beihilfe zum Freitod legitimieren. Im März 1997 setzte das australische Parlament dieses Gesetz allerdings außer kraft und stellte die vor dem Gesetz bereits bestehende Strafe für jede vorgenommene Euthanasie wieder her.

Trotz der Tatsache, dass die *Rights of the Terminally Ill Act* nicht mehr in kraft sind, kann es nützlich sein, diese kurz als Rechtsvorschrift zu beschreiben, da sie Teil des permissiven Modells sind.

³² Weitere Anforderungen sind unter Art. 2 vorgesehen, falls der terminale Patient minderjährig ist.

³³ Der erste Absatz des Art. 293 verfügt nämlich: «Wer absichtlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrücklichen Wunsch beendet, wird zu einer Haft von nicht mehr als zwölf Jahren oder zu einer Geldstrafe der fünften Kategorie verurteilt». Der zweite Absatz desselben Artikels, der im Jahr 2001 in das Gesetz integriert wurde, schließt hingegen die strafrechtliche Verantwortung im Falle von Einhaltung der aufgezeigten Kriterien aus: «Die Tat ist wie in Absatz 1 erwähnt, nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt vorgenommen wurde, der die Sorgfaltspflicht gemäß Art. 2 des Gesetzes bezüglich der freiwilligen Euthanasie und der Beihilfe zum Suizid (veränderte Verfahren) eingehalten und den Leichenbeschauer der Gemeinde darüber informiert hat, wie in Art. 7, Abs. 2 des Gesetzes über Begräbnis und Kremation vorgesehen ».

Art. 294 hingegen befasst sich mit Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord: «1. Wer absichtlich eine andere Person dazu anstiftet, Selbstmord zu begehen, wird bei Todesfall bis zu maximal drei Jahren Haft verurteilt bzw. zu einer Geldstrafe der vierten Kategorie. 2. Wer absichtlich einem Selbstmord einer anderen beisteht oder dieser Person die dazu erforderlichen Instrumente besorgt, wird bei Todesfall zu maximal drei Jahren Haft verurteilt bzw. zu einer Geldstrafe der vierten Kategorie. Artikel 293, Absatz zwei wird dementsprechend angewandt ».

³⁴ Zu den größten Unterschieden gehört die Tatsache, dass in Belgien nur Volljährige der Euthanasie unterzogen werden können. Der Text des belgischen Gesetzes ist unter *Bioetica*, 2002, 578 und folgende nachzulesen.

Sowohl der Titel als auch das Vorwort des Gesetzes sprachen zunächst ausdrücklich von einem subjektiven Recht, sein eigenes Leben auf menschliche Art und Weise zu beenden, was im Vergleich zur niederländischen Rechtsprechung einen Unterschied darstellt³⁵. Was hingegen der niederländischen Gesetzgebung sehr ähnlich ist, ist die extreme Vorsicht, mit der medizinische Eingriffe genehmigt werden. Diese Vorsicht ist auf eine Reihe von Kriterien zurückzuführen, nämlich: Das Vorhandensein eines extrem schlechten Krankheitsbildes, eine unheilbare terminale Krankheit, unerträgliche Schmerzen, eine authentische, mehrmals wiederholte Bitte um Lebensverkürzung des Patienten, der durch den behandelnden Arzt informiert wurde und die auch von einem Psychologen überprüft wurde, die mögliche Verweigerung des Arztes, aus Gewissensgründen die Euthanasie nicht vorzunehmen, zeitliche unaufschiebbare Zeitspannen zwischen der Bitte um Lebensverkürzung von Seiten des Patienten und der Euthanasie und sogar das Vorhandensein eines Übersetzers im Falle von linguistischen Schwierigkeiten der Verständigung³⁶.

³⁵ Das Vorwort spricht vom Gesetz mit Bezug auf *«An Act to confirm the right of a terminally ill person to request assistance from a medically qualified person to voluntarily terminate his or her life in a humane manner; to allow for such assistance to be given in certain circumstances without legal impediment to the person rendering the assistance; to provide procedural protection against the possibility of abuse of the rights recognised by this Act; and for related purposes»*.

³⁶ Artikel 7 der *Rights of the Terminally Ill Act* besagt:

«(1) A medical practitioner may assist a patient to end his or her life only if all of the following conditions are met:

- (a) the patient has attained the age of 18 years;*
- (b) the medical practitioner is satisfied, on reasonable grounds, that:*
 - (i) the patient is suffering from an illness that will, in the normal course and without the application of extraordinary measures, result in the death of the patient;*
 - (ii) in reasonable medical judgment, there is no medical measure acceptable to the patient that can reasonably be undertaken in the hope of effecting a cure; and*
 - (iii) any medical treatment reasonably available to the patient is confined to the relief of pain, suffering and/or distress with the object of allowing the patient to die a comfortable death;*
- (c) two other persons, neither of whom is a relative or employee of, or a member of the same medical practice as, the first medical practitioner or each other*
 - (i) one of whom is a medical practitioner who holds prescribed qualifications, or has prescribed experience, in the treatment of the terminal illness from which the patient is suffering; and*
 - (ii) the other who is a qualified psychiatrist, have examined the patient and have:*
 - (iii) in the case of the medical practitioner referred to in subparagraph (i), confirmed:*
 - (A) the first medical practitioner's opinion as to the existence and seriousness of the illness;*
 - (B) that the patient is likely to die as a result of the illness; and*
 - (C) the first medical practitioner's prognosis; and*
 - (iv) in the case of the qualified psychiatrist referred to in subparagraph (ii), confirmed that the patient is not suffering from a treatable clinical depression in respect of the illness;*
- (d) the illness is causing the patient severe pain or suffering;*
- (e) the medical practitioner has informed the patient of the nature of the illness and its likely course, and the medical treatment, including palliative care, counselling and psychiatric support and extraordinary measures for keeping the patient alive, that might be available to the patient;*
- (f) after being informed as referred to in paragraph (e), the patient indicates to the medical practitioner that the patient has decided to end his or her life;*
- (g) the medical practitioner is satisfied that the patient has considered the possible implications of the patient's decision to his or her family;*

Nach dem Tod durch Euthanasie musste der behandelnde Arzt dem sogenannten *coroner* (historische Figur eines öffentlichen Beamten, der gemäß common law den Auftrag hatte, im Falle von suspektem Tod Nachforschungen zu betreiben) alle entsprechenden Unterlagen zukommen lassen, der damit einen *attorney general* (Generalstaatsanwaltes) beauftragen konnte (Art. 14 und folgende). Bei Einhaltung der entsprechenden Gesetzesvorschriften wurde der Arzt weder strafrechtlich, noch bürgerrechtlich oder mittels Disziplinarverfahren verfolgt³⁷.

(h) *the medical practitioner is satisfied, on reasonable grounds, that the patient is of sound mind and that the patient's decision to end his or her life has been made freely, voluntarily and after due consideration;*

(i) *the patient, or a person acting on the patient's behalf in accordance with section 9, has, not earlier than 7 days after the patient has indicated to his or her medical practitioner as referred to in paragraph (f), signed that part of the certificate of request required to be completed by or on behalf of the patient;*

(j) *the medical practitioner has witnessed the patient's signature on the certificate of request or that of the person who signed on behalf of the patient, and has completed and signed the relevant declaration on the certificate;*

(k) *the certificate of request has been signed in the presence of the patient and the first medical practitioner by another medical practitioner (who may be the medical practitioner referred to in paragraph (c)(i) or any other medical practitioner) after that medical practitioner has discussed the case with the first medical practitioner and the patient and is satisfied, on reasonable grounds, that the certificate is in order, that the patient is of sound mind and the patient's decision to end his or her life has been made freely, voluntarily and after due consideration, and that the above conditions have been complied with;*

(l) *where, in accordance with subsection (4), an interpreter is required to be present at the signing of the certificate of request, the certificate of request has been signed by the interpreter confirming the patient's understanding of the request for assistance;*

(m) *the medical practitioner has no reason to believe that he or she, the countersigning medical practitioner or a close relative or associate of either of them, will gain a financial or other advantage (other than a reasonable payment for medical services) directly or indirectly as a result of the death of the patient;*

(n) *not less than 48 hours has elapsed since the signing of the completed certificate of request;*

(o) *at no time before assisting the patient to end his or her life had the patient given to the medical practitioner an indication that it was no longer the patient's wish to end his or her life;*

(p) *the medical practitioner himself or herself provides the assistance and/or is and remains present while the assistance is given and until the death of the patient.*

(2) *In assisting a patient under this Act a medical practitioner shall be guided by appropriate medical standards and such guidelines, if any, as are prescribed, and shall consider the appropriate pharmaceutical information about any substance reasonably available for use in the circumstances.»*

Der Artikel fährt mit weiteren zwei Buchstaben fort: «(3) *Where a patient's medical practitioner has no special qualifications in the field of palliative care, the information to be provided to the patient on the availability of palliative care shall be given by a medical practitioner (who may be the medical practitioner referred to in subsection (1)(c)(i) or any other medical practitioner) who has such special qualifications in the field of palliative care as are prescribed. (4) A medical practitioner shall not assist a patient under this Act where the medical practitioner or any other medical practitioner or qualified psychiatrist who is required under subsection (1) or (3) to communicate with the patient does not share the same first language as the patient, unless there is present at the time of that communication and at the time the certificate of request is signed by or on behalf of the patient, an interpreter who holds a prescribed professional qualification for interpreters in the first language of the patient.»*

³⁷ Art. 20: «A person shall not be subject to civil or criminal action or professional disciplinary action for anything done in good faith and without negligence in compliance with this Act (...)».

3.3. Auch in **Kolumbien** kann davon ausgegangen werden, dass Ärzte, die einem terminalen Patienten zur Lebensverkürzung verhelfen - sofern dessen Existenz als menschenunwürdig angesehen wird - keinerlei Verantwortung tragen.

Dieses Ergebnis erlangte man im übrigen dank eines Urteils des Verfassungsgerichtshofes im Mai 1997, wobei bis heute diesbezüglich im Parlament kein Gesetz verabschiedet wurde.

Einige Abschnitte dieser Entscheidung waren von besonderer Bedeutung; so beispielsweise dort, wo die liberalen und personalistischen Prinzipien eines Patienten und die Wichtigkeit dieser Prinzipien für die persönliche Entscheidung hinsichtlich eines würdevollen Todes Ernst genommen wurden. An den wirksamsten Stellen der Entscheidung kann man lesen: Der Mensch ist ein „moralisches Wesen, das imstande ist, auf verantwortliche und autonome Art und Weise Entscheidungen zu treffen, die mit ganz persönlichen Fragen zusammenhängen; während der Staat sich – ganz allgemein gesehen – darauf beschränken muss, dem Menschen als diesem moralischen Wesen dann Pflichten aufzuerlegen, wenn diese sich auf das Zusammenspiel und das Zusammenleben mit anderen moralischen Wesen beziehen“. Zudem: „Die Entscheidung darüber, wie man dem Tod entgegentreten soll, spielt für den terminalen Patienten eine große Rolle; denn er weiß, dass er nicht mehr geheilt werden kann und kann somit nicht zwischen dem Tod und vielen langen Lebensjahren wählen, sondern zwischen einem von ihm bestimmten und einem schmerzvollen und menschenunwürdigem Sterben. Das Grundrecht, ein würdiges Leben zu leben bedeutet demnach das Recht, in Würde zu sterben³⁸.

3.4. In der **Schweiz** hingegen wird dank der Anwendung eines restriktiv interpretierten Kriteriums des Strafgesetzbuches die Verabreichung von tödlichen Dosen eines Medikamentes an Patienten mit terminaler Erkrankung und starken Schmerzen nicht als Straftat angesehen. Art. 115 des Strafgesetzbuches bestraft zudem Beihilfe zum Suizid nur dann, wenn diese aus „egoistischen Gründen“ geleistet wurde³⁹. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Beihilfe zum Suizid als legitim angesehen werden kann, wenn sie dem Patienten einen würdevollen Tod ermöglicht. Die Schweizer Akademie für medizinische Wissenschaften hat diesbezüglich eine Reihe von Anforderungen aufgelistet, die es zu berücksichtigen gilt; diese Anforderungen sind jenen aus den Niederlanden und dem australischen Northern Territory – wie an anderer Stelle aufgezeigt - sehr ähnlich.

Der amerikanische Bundesstaat **Oregon** hat im Jahr 1994 den *Oregon Death with Dignity Act* angenommen, gemäß dem, unter Einhaltung ähnlicher Kriterien, wie sie bereits zuvor bei den Niederlanden erwähnt wurden, die Verschreibung von Medikamenten, die zum Tod führen, sowie die Anwesenheit eines Arztes im

³⁸ Wir zitieren aus Teilen eines Urteils, das unter C. TRIPODINA, cit., 1727 zu lesen ist.

³⁹ Vgl. TRIPODINA, cit., 1746; M. AQUINO, Schweizer Erfahrung, in S. SEMPLICI, *Das Recht, gut zu sterben*, cit., 151.

Moment der Medikamenteneinnahme von Seiten des Patienten, legalisiert wurde. Demzufolge wurde ein besonderer Modus der Beihilfe zum Suizid anerkannt⁴⁰.

4. SCHLUSSFOLGERUNG

Unter Berücksichtigung einer Vielzahl von Rechtssystemen können aus rechtlicher Sicht die verschiedenen bedeutendsten Rechtsordnungen in Sachen Lebensende in zwei Modellen zusammengeführt werden, nämlich dem zwingenden und dem permissiven Modell.

Wie bereits mehrmals aufgezeigt, weist das zwingende Modell *in sich* einige Widersprüchlichkeiten auf. Die erste besteht darin, dass einerseits das Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung, andererseits die Beihilfe zum Suizid oder die Tötung bei Zustimmung des Patienten auf unterschiedliche Art und Weise geregelt werden. Also die Möglichkeit, einerseits ein verfassungsmäßig verankertes Recht auszuüben oder aber andererseits die Gefahr, für ein schlimmes Vergehen verfolgt zu werden, scheint letztendlich vom Krankheitszustand des Patienten abzuhängen und nicht so sehr von der Absicht einer Tat, von den Folgen einer Tat oder von ätiologischen Überlegungen.

Während also Miss B (deren Zustand so schlimm war, dass sie ohne die Hilfe von medizinischen Geräten nicht überlebt hätte) auf würdevolle Art und Weise über ihren Tod entscheiden konnte, konnte Diane Pretty (deren Zustand so war, dass sie künstlich am Leben erhalten bleiben konnte) nicht über einen würdevollen Tod entscheiden.

Das Urteil im „Fall Forzatti“ hat sozusagen die in sich ruhende Widersprüchlichkeit des zwingenden Modells umgangen, indem durch die Summe zweier Widersprüchlichkeiten eine kohärente Lösung gesucht wurde. Ein weiteres als widersprüchlich anzusehendes Element bezieht sich auf den Alarm, der von verschiedenen Bereichen im Rechtssystem sowie von der Doktrin über die Risiken der *slippery slope* hervorgerufen wurde. Die Gefahr eines offensichtlichen und tragischen Missbrauchs in so heiklen Momenten, versteckt sich hinter jeder Situation, in der ein Mensch über das Ende seiner Existenz entscheiden darf oder kann; diese Gefahr verbirgt sich sowohl hinter der Verweigerung medizinischer Behandlung (die als Recht ausgeübt werden kann), als auch hinter der strafrechtlich verfolgten direkten oder indirekten Euthanasie. Daher ist es alles andere als überzeugend, auf dieses Argument der *slippery slope* nur im zweiten Fall zurückzugreifen. Eine strenge und detailliert aufgezeigte Rechtsregelung bezüglich der Euthanasie könnte dazu beitragen, jene Risiken zu vermeiden, die dann entstehen, wenn in einer rechtlichen Grauzone agiert wird.

Eine dritte Widersprüchlichkeit des zwingenden Modells liegt unseres Erachtens in der allgemeinen Anerkennung des liberalen und personalistischen Prinzips und dessen konkreten Anwendung, wenn es um das Lebensende geht. Bei

⁴⁰ Vg.; D. HILLYARD, J. DOMBRINK, *Dying Right. The Death with Dignity Movement*, New York - London, 2001, 69; TRIPODINA, cit., 1740; L. ORSI, *Das widersprüchliche Experiment aus Oregon sechs Jahre nach der Anwendung*, in *Bioetica*, 2000, 395.

Nichtvorhandensein von Schäden gegenüber Dritten und gegenüber der Kollektivität, neigt jeder Staat mit *western legal tradition* dazu, der individuellen Selbstbestimmung den Vorrang einzuräumen. Beim Lebensende hingegen überwiegt das staatliche Interesse, Leben zu bewahren, gegenüber der Zustimmung des Patienten; dieses Interesse wird gegenüber dem Recht auf Verweigerung medizinischer Behandlung allerdings nicht geltend gemacht, was zu einem Spannungsfeld führt, dessen Lösung alles andere als einfach ist.

Eine vierte Widersprüchlichkeit könnte mit dem offenen und tendenziell multikulturellen Merkmalen der liberalen Verfassungsordnungen in Verbindung gebracht werden. Auch mit Bezug auf diese Prinzipien scheint die konkrete Lösung für das Lebensende – bei nicht vorhandenen Nachteilen für die Kollektivität - eine nicht gerechtfertigte Abweichung von Elementen zu sein, die typisches Merkmal für die zeitgenössischen Staaten mit *western legal tradition* sind.

Angesichts dieser Ausführungen kann unseres Erachtens die These erstellt werden, dass das permissive Modell im Rahmen einer Analyse des vergleichenden Rechts weit mehr Kohärenzen zwischen der konkreten Lösung für das Lebensende und den ausführlich erläuterten verfassungsrechtlichen Prinzipien aufweist.

Dichiarazione di voto in riferimento al punto 23 della presa di posizione del Comitato Etico di Bolzano in materia di “Etica e fine della vita”, in cui si considera eticamente non accettabile l’eutanasia attiva.

Il mio voto contrario al punto 23 deriva dalla convinzione secondo la quale, in presenza di circostanze gravi e del tutto eccezionali, considero eticamente accettabile praticare l’eutanasia attiva.

Non mi convincono, infatti, le ragioni secondo cui l’interesse statale alla preservazione della vita dovrebbe prevalere su un consenso informato, fermo e convinto teso all’interruzione di una vita non più ritenuta dignitosa dall’individuo. Trovo che in un ordinamento giuridico ispirato ai principi della *western legal tradition*, il principio di autodeterminazione individuale dovrebbe tendenzialmente prevalere su altri interessi. E non vedo la ragione perché un individuo, in mancanza di danni a terzi, non possa adottare le proprie scelte esistenziali in maniera tendenzialmente libera. Le scelte di fine vita, in altri termini, sono anch’esse scelte esistenziali, ed anzi possono rappresentare il più coerente sbocco di una vita improntata a determinati valori. Negare in un momento così critico e significativo dell’esistenza la prevalenza dell’interesse individuale ad agire in modo libero, coerente e responsabile è impostazione etica che non mi convince, e che mi pare non in linea con un concetto di dignità costruito sulla base del riconoscimento della persona come soggetto morale capace di volontà e di scelte consapevoli e responsabili.

Trovo inoltre contraddittorio permettere, anzi garantire per via costituzionale, quella che alcuni definiscono eutanasia passiva – cioè il diritto di rifiutare cure anche life-saving – ma imporre un divieto di natura penale all'eutanasia attiva. Nel momento in cui una persona morente non ritenga più dignitosa la propria esistenza, potrà vedere soddisfatta la propria volontà solo nel caso in cui le sue condizioni non le permettano di sopravvivere all'interruzione delle cure. Se invece il suo stato di salute, non altrettanto grave, sia compatibile con una continuazione dell'esistenza in vita, ma di una vita non più riconosciuta dall'individuo come tale, il soggetto non potrà vedere soddisfatta la sua volontà. Mi sembra che una tale situazione faccia dipendere il rispetto della volontà individuale da una causa del tutto accidentale, quale quella riconducibile alla gravità della malattia.

Pur riconoscendo che sussistono seri problemi di accertamento del consenso e rischi evidenti di abuso mi sembra peraltro che ciò valga tanto per l'eutanasia attiva quanto per quella passiva. Anche chi rifiuta una cura "vitale" può non essere pienamente consapevole delle conseguenze della propria scelta, o può essere plagiato da persone interessate. Una soluzione, dunque, potrebbe essere quella di prevedere un meccanismo di verifica dei requisiti del consenso e di tendenziale esclusione del rischio di abusi che possono presentarsi tanto per l'eutanasia attiva quanto per quella passiva.

Anche sulla base di queste considerazioni, rispettosamente, ho espresso parere contrario al punto 23 della presa di posizione del Comitato Etico di Bolzano in materia di "Etica e fine della vita".

Carlo Casonato