

11 Aktive Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen

Irina Franke

11.1 Einleitung

Auf den ersten Blick mag es etwas befremdlich wirken, das Thema Sterbehilfe in ein Buch über Kindstod und Kindstötung aufzunehmen. Sterbehilfe bei Minderjährigen unterscheidet sich von den anderen in diesem Buch behandelten Formen von Kindstötung dadurch, dass es sich um eine in bislang zwei Ländern unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich zugelassene Form der Tötung handelt und, dass – mit Ausnahme von aktiver Sterbehilfe bei Neugeborenen in den Niederlanden – ein von dem Kind oder dem Jugendlichen selbst formulierter Sterbewunsch vorliegen muss. Somit handelt es sich zwar nicht um eine Form der Kindstötung im typisch forensisch-psychiatrischen Sinn, dennoch wird dabei der Tod einer minderjährigen Person durch aktive und bewusste Entscheidungen und Handlungen von erwachsenen Personen herbeigeführt.

! Eine weitere Gemeinsamkeit besteht teilweise auch in der Begründung des Handelns: Das zentrale handlungsleitende Motiv bei Sterbehilfe ist die nicht anders zu erreichende Linderung von unerträglichem Leiden.

Auch beim „typischen“ Infantizid durch Mütter wurden in über der Hälfte der Fälle altruistische Motive (das Lindern von realem oder imaginärem Leid) beschrieben (Resnick 1969). Im Vergleich zu den anderen Kapiteln dieses Buches stehen hier allerdings nicht die tötende Person bzw. deren Motive im Zentrum, sondern die gesetzlichen Voraussetzungen für legale Sterbehilfe bei Minderjährigen und die daraus resultierenden Kontroversen.

Sterbehilfe, insbesondere aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid, sind wissenschaftlich und gesamtgesellschaftlich kontrovers und oft emotional diskutierte Themen, bei denen juristische, philosophische, theologische, ethische, medizinische und höchstpersönliche Haltungen aufeinandertreffen. Die damit verbundenen Konflikte und die daraus entstehenden ethischen Dilemmata sind zusätzlich akzentuiert, wenn es sich bei den Personen, die Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchten, um Kinder oder Jugendliche handelt. Dies zeigt sich exemplarisch in der medialen Berichterstattung über den Tod einer 17-jährigen psychisch kranken jungen Frau in den Niederlanden im Jahr 2019. Sie hatte in den Jahren vor ihrem Tod ihre Erkrankungen (Anorexie, Depression und Posttraumatische Belastungsstörung), ihr Leiden und ihren Sterbewunsch u. a. in einer Autobiografie öffentlich gemacht. Nachdem ihr Antrag auf aktive Sterbehilfe 2018 aufgrund ihres Alters abgelehnt wurde, starb sie 2019 infolge der Einstellung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Der Fall wurde anschließend in den Medien weltweit fälschlicherweise als aktive Sterbehilfe bezeichnet (NL Times 2019).

Die Tatsache, dass die Altersgrenze für Sterbehilfe überhaupt infrage gestellt und in einzelnen Ländern bereits revidiert wurde, ist vor dem Hintergrund der zunehmend liberaleren Haltung von Gesetzgebung, Politik und Gesellschaft gegenüber der Legalisierung von Sterbehilfe nicht überraschend. In den letzten Jahren war eine Ausweitung der Indikationen bzw. Aufhebung von bestehenden Kontraindikationen für die Inanspruchnahme von Sterbehilfe zu beobachten: ursprünglich konnten erwachsene Menschen ausschließlich dann Sterbehilfe beanspruchen, wenn sie terminal erkrankt waren, keine Aussicht auf Besserung bestand und das Leiden nicht durch andere Maßnahmen zu lindern war. Inzwischen ist der Zugang zu Sterbehilfeangeboten in manchen Ländern auch vulnerablen und besonders schützenswerten Personengruppen, z. B. Menschen mit psychischer Erkrankung und Personen, die sich im Freiheitsentzug befinden, möglich (Black 2012; Steck 2013).

11.2 Begriffsdefinitionen

Der Begriff Sterbehilfe umfasst nach gängiger Auffassung vier Formen (z. B. in: Roggendorf 2011), die auch juristisch unterschiedlich bewertet werden: **Aktive Sterbehilfe** ist die absichtliche und aktive Beschleunigung oder Herbeiführung des Todesintritts auf Wunsch der betroffenen Person (Tötung auf Verlangen). **Passive Sterbehilfe** meint den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei gleichzeitiger schmerzlindernder Behandlung. **Indirekte**

Sterbehilfe bedeutet die nicht beabsichtigte Lebensverkürzung infolge einer schmerzlindernden Behandlung. Unter **assistiertem Suizid** wird die Hilfestellung bei der Selbsttötung verstanden, die meist in Form der Bereitstellung eines tödlichen Medikaments besteht. In diesem Kapitel geht es ausschließlich um aktive Sterbehilfe, die durch eine ärztliche Fachperson durchgeführt wird.

Für die Bezeichnung der Fähigkeit einer Person, eine selbstbestimmte Entscheidung über einen bestimmten Sachverhalt zu treffen, wird nachfolgend einheitlich der Begriff Urteilsfähigkeit verwendet.

11.3 Rechtslage

11.3.1 Hintergrund

Die Niederlande waren 2001 das erste Land weltweit, das aktive Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen legalisiert hat (Deliens u. van der Wal 2003), kurze Zeit später folgten Belgien und Luxemburg. In den letzten zwanzig Jahren haben immer mehr Länder weltweit, vor allem in Europa, Nord- und Südamerika sowie Australien (einschließlich Neuseeland) entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen (Mroz et al. 2021), wobei sich diese in der Mehrheit auf assistierten Suizid beziehen und die Legalisierung von aktiver Sterbehilfe nach wie vor die Ausnahme ist. In Europa wurden zuletzt im Jahr 2021 bzw. 2023 in Spanien und in Portugal entsprechende Gesetze verabschiedet.

Abgesehen von den Niederlanden und Belgien schließen die Gesetzgebungen aller anderen Länder minderjährige Personen von der Inanspruchnahme von Sterbehilfe aus bzw. definieren Volljährigkeit als *conditio sine qua non*. In beiden oben genannten Ländern dürfen Minderjährige ausschließlich aufgrund einer terminalen körperlichen Erkrankung Sterbehilfe beantragen. Anders als bei Erwachsenen sind psychische Erkrankungen (bisher) ausgeschlossen.

11.3.2 Niederlande

In den Niederlanden können Minderjährige Sterbehilfe in Anspruch nehmen, wenn sie in Bezug auf den Sterbewunsch urteilsfähig sind, was gesetzlich ein Mindestalter von zwölf Jahren voraussetzt. Bis zum Alter von 16 Jahren ist die Zustimmung der Eltern bzw. der rechtlichen Vertreter erforderlich, ab dem 16. Lebensjahr sollen diese in die Entscheidungsfindung einbezogen werden (Cuman u. Gastmans 2017). Abgesehen davon gelten die gleichen medizinischen Sorgfaltspflichten und prozeduralen Voraussetzungen wie bei Erwachsenen, wozu auch eine Meldepflicht gehört. Im Fall von Unfähigkeit zur selbstständigen Willensäußerung darf dem Gesuch auf aktive Sterbehilfe entsprochen werden, wenn die betroffene Person älter als 16 Jahre ist und ihren

Wunsch in einem Zustand, in dem sie zu einer vernünftigen Beurteilung ihrer Interessen in der Lage war, schriftlich erklärt hat.

Im Jahr 2005 wurden in dem sog. Groningen Protokoll Empfehlungen für die Durchführung von Sterbehilfe bei Neugeborenen veröffentlicht, die sich in einem medizinisch aussichtslosen Zustand befinden und deren Leiden nicht mit anderen Mitteln gelindert werden kann (Verhagen u. Sauer 2005). Dem ging eine Studie voraus, die über 22 Fälle von aktiver Euthanasie an Neugeborenen mit Hydrozephalus und Spina Bifida zwischen 1997 und 2004 berichtete (Klinkhammer 2005). Die Empfehlungen des Groningen Protokolls wurden im Jahr 2013 legalisiert und eine eigene Kommission für die Erfassung der gemeldeten Fälle eingerichtet (Ärzteblatt 2013). Eine Ausweitung der aktiven Sterbehilfe auf Kinder zwischen ein und zwölf Jahren ist vorgesehen.

Voraussetzungen für legale aktive Sterbehilfe bei Minderjährigen ab zwölf Jahren in den Niederlanden (Cuman u. Gastmans 2017; Janssen 2001):

- zwischen zwölf und 16 Jahren: **Zustimmung** der Eltern bzw. der gesetzlichen Vertreter
- ab 16 Jahren: **Einbezug** der Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter
- Antrag muss von der minderjährigen Person **selbst** gestellt werden
- freiverantwortliches, wohlüberlegtes und dauerhaftes Verlangen der betroffenen Person
- aussichtsloser gesundheitliche Zustand verbunden mit unerträglichem Leiden (einschließlich Aufklärung der betroffenen Person darüber)
- Konsultation durch mindestens einen weiteren unabhängigen Arzt (schriftliche Stellungnahme)
- Ausführung der Lebensbeendigung mit der gebotenen medizinischen Sorgfalt

11.3.3 Belgien

Das belgische Sterbehilfegesetz aus dem Jahr 2002 ermöglichte Sterbehilfe zunächst nur für Erwachsene und mündige Minderjährige (Cuman u. Gastmans 2017). Mündig sind Minderjährige nach belgischem Recht, wenn sie durch Heirat oder einen Jugendgerichtsentscheid die Fähigkeit erlangt haben, autonome Entscheidungen in Bezug auf persönliche Angelegenheiten analog zu Erwachsenen zu treffen (Raus 2016; van Assche et al. 2019).

Im Jahr 2014 wurde die gesetzliche Regelung für die Inanspruchnahme von Sterbehilfe auf terminal erkrankte Minderjährige ausgeweitet und dabei auf die Festlegung einer absoluten Altersgrenze verzichtet. Damit ist Belgien das einzige Land weltweit, in dem das Alter kein absolutes Kriterium für die Inanspruchnahme von Sterbehilfe ist. Diese Gesetzesänderung stützte sich unter anderem auf die Resultate einer in Flandern durchgeführten Studie, in der sich die Mehrheit der Ärzte (69,4%) dafür aussprach (Pousset et al. 2011). Schon vor der Gesetzesänderung wurden von pädiatrischen Intensivmedizern und

Onkologen letale Substanzen eingesetzt, um den Tod von Minderjährigen mit unerträglichen Schmerzen zu lindern, oft ohne ausdrücklichen Willen des Betroffenen (van Assche et al. 2019).

Es gelten allerdings besondere Verfahrensregeln, die die Vulnerabilität von Minderjährigen angemessen berücksichtigen und garantieren sollen, dass nur solche Anträge auf Sterbehilfe bewilligt werden, bei denen das Kind oder der Jugendliche die tatsächlichen Implikationen verstehen kann. Daraus resultieren verglichen mit den Regelungen für Erwachsene restriktivere Vorgaben (van Assche et al. 2019), unter anderem wurde psychisches Leiden als Grund für Sterbehilfe ausgeschlossen. Zudem muss absehbar sein, dass der Tod innerhalb „kurzer Zeit“ eintreten wird. Durch die Voraussetzung, dass der Sterbewunsch selbst formuliert werden muss, sind sehr junge Kinder und Neugeborene de facto ausgeschlossen (Raus 2016). Es besteht eine Meldepflicht.

Die Urteilsfähigkeit der minderjährigen Person muss durch den behandelnden Arzt, einen unabhängigen Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychologen auf Basis eines Aktenstudiums und einer persönlichen Untersuchung sowie die rechtlichen Vertreter der minderjährigen Person bestätigt werden. Der Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychologe muss das Ergebnis seiner Untersuchung sowohl der minderjährigen Person wie auch den rechtlichen Vertretern mitteilen. Voraussetzungen für legale aktive Sterbehilfe bei Minderjährigen in Belgien:

- anhaltender und wiederholter selbst formulierter Wunsch der minderjährigen Person, der freiwillig und ohne Druck zustande gekommen ist (Stellvertretung ist nicht möglich)
- Urteilsfähigkeit
- aussichtslose medizinische Lage infolge einer Krankheit oder eines Unfalls, verbunden mit dauerhaftem und unerträglichem körperlichen Leiden, das nicht anders gelindert werden kann
- unmittelbar bevorstehender Tod
- der Antrag auf Sterbehilfe muss aktuell sein (d.h. keine Möglichkeit, Sterbehilfe durch eine Patientenverfügung für den Fall einer künftigen dauerhaften Bewusstlosigkeit zu beantragen)
- schriftliche Zustimmung der Eltern bzw. der rechtlichen Vertreter

11.4 Kontroversen

11.4.1 Vorbemerkungen

Erwartungsgemäß löste die belgische Regelung ohne absolute Altersgrenze für aktive Sterbehilfe national und international die größten Kontroversen aus. Die vorgesehene Aufhebung der Altersgrenze in den Niederlanden sorgte zuletzt für eine Reaktivierung dieser Diskussion. Eine Übersichtsarbeit aus

dem Jahr 2017, die die in der Debatte verwendeten ethischen Argumente für und gegen Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen analysierte, kam zu dem Ergebnis, dass sich die Befürworter von Sterbehilfe für Minderjährige auf alle vier medizinethischen Prinzipien (Respekt vor der Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit) berufen, um ihre Position zu begründen, während die Gegner vor allem mit der Verpflichtung zur Schadensvermeidung argumentieren (Cuman u. Gastmans 2017). Die Autoren betonen aber auch, dass künftig eine Verschiebung der Argumentation möglich sein kann, sodass Respekt vor der Autonomie und Fürsorge auch als Argumente gegen Sterbehilfe verwendet werden könnten. Für Diskussionen sorgt zudem die fehlende oder ungenügende (juristische) Definition von entscheidungsrelevanten Konzepten und Kriterien. In Belgien wurde zudem Kritik an der Art und Weise des Gesetzgebungsprozesses für die Änderung im Jahr 2014 geäußert.

Die wesentlichen Kontroversen werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt, wobei schwerpunktmäßig auf die Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen eingegangen wird. Allgemeine Aspekte, wie beispielsweise die Frage, ob Sterbehilfe eine ärztliche Aufgabe ist, ob aktive Sterbehilfe generell ethisch legitimierbar ist und die Forderung nach der Optimierung palliativmedizinischer Versorgung, bleiben an dieser Stelle unberücksichtigt.

11.4.2 Antidiskriminierung

Die ursprünglich in Belgien bestehende Altersgrenze wurde von Befürwortern ihrer Abschaffung als willkürlich und diskriminierend beurteilt. Begründet wurde dies exemplarisch damit, dass einem 15-jährigen mündigen Minderjährigen die nötige persönliche Reife, um über Sterbehilfe zu entscheiden, zuerkannt wird, einem 17-jährigen unmündigen Minderjährigen jedoch nicht, obwohl letzterer durch die Konfrontation mit einer tödlich verlaufenden Krankheit mindestens eine gleichwertige oder höhere Reife erlangt haben kann als ein Erwachsener (Nottet 2012). Wenn Jugendliche über eine derartige außerordentliche persönliche Reife verfügen, können sie laut fachärztlicher Auffassung auch die Implikationen eines Gesuchs auf Sterbehilfe beurteilen (Belgischer Senat 2013). Vorstöße, ein Mindestalter (zwölf bzw. 15 Jahre) einzuführen, um zu verhindern, dass junge Kinder, die die Auswirkungen einer solchen Entscheidung nicht überblicken oder unter psychischem Druck stehen, in ihrer Willensbildung beeinflusst werden, wurden abgelehnt, weil das Lebensalter im Vergleich mit der Urteilsfähigkeit als willkürlicheres Kriterium beurteilt wurde.

Das Argument der Diskriminierung wurde durch die Neuregelung nur teilweise berücksichtigt, weil Minderjährige aufgrund der für sie geltenden besonderen Verfahrensregeln weiterhin anders behandelt werden, als mündige Minderjährige und Erwachsene, womit ein indirektes Alterskriterium fortbesteht (Raus 2016).

11.4.3 Autonomie

! Das medizinethische Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie in Form von selbstbestimmten Behandlungsentscheidungen ist seit jeher ein Kernargument für Sterbehilfe bei Erwachsenen.

In Verbindung mit einer generellen Stärkung von Patientenrechten in Belgien gewann die Forderung nach der Gewährleistung größtmöglicher Autonomie bei Behandlungsentscheidungen auch für minderjährige Patienten immer stärkere Bedeutung. Kinder und Jugendliche sollen demnach altersentsprechend und gemäß ihrer persönlichen Reife nicht nur in die Ausübung ihrer Patientenrechte einbezogen werden, sondern diese auch autonom ausüben dürfen, wenn sie über die Fähigkeit verfügen, ihre eigenen Interessen angemessen einschätzen zu können (van Assche et al. 2019). Die daraus abgeleitete Annahme, dass eine für medizinische Behandlungen postulierte Autonomie auch auf die selbstbestimmte Entscheidungsfindung in Bezug auf Sterbehilfe übertragen werden kann (Bovens 2015), wird durch Zweifel an der Äquivalenz der beiden zugrundeliegenden Sachverhalte (für/gegen eine Behandlung vs. für/gegen Sterbehilfe) infrage gestellt (Kaczor 2016).

Zudem ist strittig, ob das medizinethische Autonomieprinzip überhaupt für die Begründung von Sterbehilfe bei Minderjährigen herangezogen werden kann. In diesem Zusammenhang wird argumentiert, dass Kinder aufgrund ihres jungen Alters und ihrer Sensibilität nicht in der Lage sind, relevante Autonomie im Kontext von Entscheidungen am Lebensende zu entwickeln, womit Sterbehilfe bei dieser Personengruppe grundsätzlich unethisch ist (Hain 2014).

11.4.4 Bedarf

Hintergrund für alle oben genannten Gesetze war, dass vorausgehend in Studien gezeigt wurde, dass (aktive) Sterbehilfe bei Minderjährigen aller Altersgruppen von Ärzten bereits praktiziert wurde. Somit erfolgte die Legalisierung als Reaktion darauf, dass sich Ärzte in Einzelfällen über eine bestehende Strafnorm hinwegsetzten, ohne dass sie dafür strafrechtlich zur Verantwortung gezogen wurden. Um dies als Beleg für einen bestehenden Bedarf zu verwenden, müsste sichergestellt sein, dass in diesen Fällen alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft waren. Allerdings wäre auch ein bestehender Bedarf für sich genommen keine hinreichende Legitimation für Sterbehilfe, wenn diese per se nicht hinreichend ethisch begründbar ist.

11.4.5 Urteilsfähigkeit

Das juristische Konzept der Urteilsfähigkeit wurde in Belgien erst mit der Gesetzesänderung 2014 etabliert. Kritisiert wurde in der Folge, dass das Gesetz weder formuliert, was unter Urteilsfähigkeit zu verstehen ist, noch wie sie in der Praxis beurteilt werden soll (Raus 2016).

Aus Sicht der Gegner von aktiver Sterbehilfe für Minderjährige fehlt Kindern generell die intellektuelle Kapazität und das nötige Erfahrungswissen, um anspruchsvolle und komplexe Beurteilungen vorzunehmen, somit können sie die Konsequenzen ihrer Entscheidungen und das Konzept der informierten Zustimmung nicht verstehen, weshalb sie in Bezug auf die Entscheidung für oder gegen Sterbehilfe nicht urteilsfähig sind (Giglio u. Spagnolo 2014; Kaczor 2016; Siegel et al. 2014). Es wird zudem auf einen Unterschied zwischen kognitiver und psychosozialer Reife hingewiesen: Kinder ab dem Alter von sieben Jahren beginnen, die Konsequenzen ihrer Handlungen zu verstehen und verfügen ab dem Alter von 14 Jahren im Allgemeinen über ähnliche kognitive Fähigkeiten wie Erwachsene. Ein psychosozialer Reifegrad auf dem Niveau von Erwachsenen kann aber auch im Alter von 16 oder 18 Jahren noch nicht festgestellt werden. Als Folge davon sind Minderjährige anfälliger für den Einfluss von Druck, Impulsivität und einer verzerrten Kosten-Nutzen-Rechnung (Steinberg et al. 2009).

Demgegenüber steht die Auffassung, dass die intellektuelle Kompetenz und die Urteilsfähigkeit nicht mit dem biologischen Alter korrelieren, weshalb sie unabhängig voneinander und individuell beurteilt werden müssen (Beca u. Leiva 2014; Hanson 2016; Samanta 2015). Dabei wird darauf verwiesen, dass die Konfrontation mit einer tödlich verlaufenden Erkrankung Auswirkung auf den Reifungsprozess hat und sogar zu qualifizierterer Urteilsfähigkeit als bei Erwachsenen führen kann (Samanta 2015). Nicht diskutiert wird dabei die Frage, ob es sich bei dieser Art von forcierter Reifung um einen psychologisch funktionalen Prozess handelt, der mit einem regulären Reifungsprozess vergleichbar ist, und ob psychologische Reife tatsächlich unabhängig von – altersgebundener – neurobiologischer Reife beurteilt werden kann.

11.4.6 Rolle der Fachpersonen

Das belgische Gesetz äussert sich nicht zu der Frage, von wem die Initiative für Sterbehilfe bei Minderjährigen ausgehen darf/soll und ob Ärzte die Diskussion darüber initiieren dürfen/sollen oder nicht (Cohen-Almagor 2018). Einerseits haben sie eine Informations- und Aufklärungspflicht und müssen den Patienten über die bestehenden Handlungsoptionen informieren. Andererseits kann dadurch die Freiwilligkeit der Entscheidung infrage gestellt werden, weil die Grenzen zwischen Information und Vorschlag fließend sein können (Cohen-Almagor 2018). Diese Problematik kann zusätzlich dadurch verstärkt werden, wenn seitens des behandelnden Arztes bzw. der Institution

11.5 Ausblick

wirtschaftliche Überlegungen in Bezug auf Behandlungskosten eine Rolle spielen.

Außerdem wurde kritisiert, dass Psychiatern und Psychologen wegen der unzureichenden Definition des Konzepts der Urteilsfähigkeit eine zu große Bedeutung im Entscheidungsprozess zukommt, was die Gefahr berge, dass es zu willkürlichen Interpretationen bei der Begutachtung der Urteilsfähigkeit durch unterschiedlicher Ärzte, Psychologen und Psychiater kommt (Raus 2016). Dies wurde als Widerspruch zum Prinzip der Rechtssicherheit bezeichnet. Das Gesetz macht zudem keine Aussagen über die notwendigen beruflichen Qualifikationen.

11.4.7 Beeinflussbarkeit/Rolle der Eltern

Der Prozess der Entscheidungsfindung spielt sich in einer komplexen Interaktion zwischen minderjährigem Patient, dessen Eltern und den involvierten Fachpersonen ab. Die Beziehung zwischen Eltern und Kindern ist immer asymmetrisch, was zu einer Beeinflussung dessen führen kann, was Eltern als bestes Interesse ihres Kindes interpretieren und wie ihre Wahrnehmung von unerträglichem Leiden ist (Hanson 2016). Somit können die Grenzen zwischen dem mutmaßlichen Interesse des Kindes und dem der Eltern verschwimmen. Inwieweit solche Prozesse und Motive insbesondere in Extremsituationen wie dem nahenden Tod eines Kindes einer bewussten Reflexion zugänglich sind, ist fraglich.

Minderjährige sind generell sensibler und anfälliger für (psychischen) Druck, was ihre Fähigkeit zur autonomen Entscheidungsfindung beeinträchtigen kann (Dan et al. 2014) – das kann sich sowohl dadurch ausdrücken, dass sie in ihrer Entscheidung für oder gegen palliative Maßnahmen bzw. Sterbehilfe beeinflusst werden – in Abhängigkeit davon, was sie als Erwartung ihrer Eltern oder der behandelnden Ärzte wahrnehmen und wie sehr sie diese mutmaßlichen Erwartungen erfüllen wollen.

11.5 Ausblick

In den Niederlanden wurden im Jahr 2022 insgesamt 8.720 Fälle von Sterbehilfe gemeldet, was einem Anstieg von 13,7% im Vergleich zum Vorjahr entspricht; in 5,1% aller Fälle aus dem Jahr 2022 handelte es sich um aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) und bei der Altersgruppe der 18 bis 40-Jährigen wurde in 24 von 86 Fällen psychisches Leiden als Grund für den Sterbewunsch angegeben (Staeck 2023). Zahlen über die Fälle von Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen werden kaum publiziert.

Festzuhalten ist, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben gegenwärtig einen hohen und wahrscheinlich weiter steigenden Stellenwert in (zumindest westlichen) Gesellschaften hat und weniger die Inanspruchnahme als die Ver-

wehrung einer besonderen ethischen Begründung bedarf. Manche Autoren formulieren explizit, dass die Entwicklungen in Bezug auf Sterbehilfe die gesellschaftliche Wahrnehmung des Wertes menschlichen Lebens schwächen und es sogar ermöglichen kann, über den Wert eines Lebens zu entscheiden (Giglio u. Spagnolo 2014). Dabei hinkt die Forschung zu den dieser Entwicklung zugrundeliegenden Annahmen und Konzepten, ihrer praktischen Umsetzung durch Fachpersonen, beispielsweise in Bezug auf die ärztliche und psychologische Begutachtung der Urteilsfähigkeit, sowie ihren Auswirkungen auf betroffene Minderjährige und deren Angehörige dem politischen und legislativen Tempo oft hinterher. Insbesondere wären empirische Daten dazu wünschenswert, wie (terminal erkrankte) Minderjährige Entscheidungen treffen, oder dazu wie Leiden von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen wahrgenommen wird (siehe dazu: Brouwer 2020, S. 38ff.), um über wissenschaftlich möglichst fundierte Entscheidungsgrundlagen zu verfügen.

Literatur

- Ärztblatt (2013) Niederlande legalisieren Sterbehilfe bei todkranken Babys. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54769/Niederlande-legalisieren-Sterbehilfe-bei-todkranken-Babys> (abgerufen am 10.01.2024)
- Beca JP, Leiva A (2014) Could infant euthanasia be ever acceptable? *Revista Chilena de Pediatría* 85 (5), 608–612. URL: <https://europepmc.org/article/med/25697439> (abgerufen am 10.01.2024)
- Belgischer Senat (2013) Sénat de Belgique, Session de 2013–2014, Proposition de loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs. Rapport fait au nom des commissions réunies de la justice et des affaires sociales par mmes Khattabi et Van Hoof. URL: <https://www.senate.be/www/webdriver?MltabObj=pdf&MlcolObj=pdf&MlnamObj=pdfid&MltypeObj=application/pdf&MlvalObj=83890649> (abgerufen am 10.01.2024)
- Black I (2012) Suicide assistance for mentally disordered individuals in Switzerland and the state's positive obligation to facilitate dignified suicide: Haas C. Suisse, Cour européenne des droits de l'homme, 1re section (20 janvier 2011) (Unreported). *Med Law Rev* 20 (1), 157–166. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22245652/> (abgerufen am 10.01.2024)
- Bovens L (2015) Child euthanasia: should we just not talk about it? *Journal of Medical Ethics* 41 (8), 630–634. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25757464/> (abgerufen am 10.01.2024)
- Brouwer M (2020) At the boundaries of life: Suffering and decision-making in children with life-threatening conditions (1–12 years). URL: https://research.rug.nl/files/159020612/complete_thesis.pdf (abgerufen am 10.01.2024)
- Cohen-Almagor R (2018) Should the Euthanasia Act in Belgium Include Minors? *pbm* 61 (2), 230–248. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30146521/> (abgerufen am 10.01.2024)
- Cuman G, Gastmans C (2017) Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *Eur J Pediatr* 176 (7), 837–847. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-017-2934-8> (abgerufen am 10.01.2024)
- Dan B, Fonteyne C, Clément de Cléty S (2014) Self-requested euthanasia for children in Belgium. *The Lancet* 383 (9918), 671–672. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24560045/> (abgerufen am 10.01.2024)
- Deliens L, van der Wal G (2003) The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. *The Lancet* 362 (9391), 1239–1240. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14568754/> (abgerufen am 10.01.2024)
- Giglio F, Spagnolo AG (2014) Pediatric euthanasia in Belgium: some ethical considerations. *J Med Pers* 12 (3), S. 146–149. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12682-014-0189-y> (abgerufen am 10.01.2024)
- Hain RDW (2014) Euthanasia: 10 myths. *Archives of Disease in Childhood* 99 (9), S. 798–799. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25016612/> (abgerufen am 10.01.2024)

- Hanson SS (2016) Pediatric Euthanasia and Palliative Care Can Work Together. *The American journal of hospice & palliative care* 33 (5), 421–424. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909115570999> (abgerufen am 10.01.2024)
- Janssen A (2001) Die Regelung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden – ein Novum. *Zeitschrift für Rechtspolitik* 34 (4), 179–183. URL: <https://www.jstor.org/stable/23425990> (abgerufen am 10.01.2024)
- Kaczor C (2016) Against euthanasia for children: a response to Bovens. *Journal of Medical Ethics* 42 (1), 57–58. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474602/> (abgerufen am 10.01.2024)
- Klinkhammer G (2005) Niederlande: Sterbehilfe an Säuglingen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (5), A-241/B-201/C-189. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/45196/Niederlande-Sterbehilfe-an-Saeuglingen> (abgerufen am 10.01.2024)
- Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K (2021) Assisted dying around the world: a status quaestionis. *ANNALS OF PALLIATIVE MEDICINE* 10 (3), 3540–3553. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32921084/> (abgerufen am 10.01.2024)
- NL Times (2019) Global media misreports Dutch teen author's death as "legal euthanasia" 2019, 05.06.2019. URL: <https://nltimes.nl/2019/06/05/global-media-misreports-dutch-teen-authors-death-legal-euthanasia> (abgerufen am 10.01.2024)
- Nottet A (2012) Le mineur en droit médical: Anthemis, Belgium. URL: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/131565> (abgerufen am 10.01.2024)
- Pousset G, Mortier F, Bilsen J, Cohen J, Deliens L (2011) Attitudes and practices of physicians regarding physician-assisted dying in minors. *Archives of Disease in Childhood* 96 (10), 948–953. URL: <https://adc.bmj.com/content/96/10/948> (abgerufen am 10.01.2024)
- Raus K (2016) The Extension of Belgium's Euthanasia Law to Include Competent Minors. *Bioethical Inquiry* 13 (2), 305–315. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26842904/> (abgerufen am 10.01.2024)
- Resnick PJ (1969) Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *The American journal of psychiatry* 126 (3), 325–334. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5801251/> (abgerufen am 10.01.2024)
- Roggendorf S (Hrsg.) (2011) Indirekte Sterbehilfe. Medizinische, rechtliche und ethische Perspektiven. Centaurus Verlag & Media Herbolzheim
- Samanta J (2015) Children and euthanasia: Belgium's controversial new law. *Divers Equal Health Care* 12 (1). URL: <https://www.primescholars.com/archive/ipdehc-volume-12-issue-1-year-2015.html> (abgerufen am 10.01.2024)
- Siegel AM, Sisti DA, Caplan AL (2014) Pediatric euthanasia in Belgium: disturbing developments. *JAMA* 311 (19), 1963–1964. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24743867/> (abgerufen am 10.01.2024)
- Staeck F (2023) In den Niederlanden fast 14 Prozent mehr Menschen auf Verlangen getötet. URL: aerztezeitung.de/Politik/Niederlande-Fast-14-Prozent-mehr-Menschen-auf-Verlangen-getoetet-438343.html#:~:text=Bericht%20für%202022-,In%20den%20Niederlanden%20fast%2014%20Prozent%20mehr%20Menschen%20auf%20Verlangen,am%20stärksten%20wachsende%20Teilgruppe%3A%20Demenzranke (abgerufen am 10.01.2024)
- Steck N (2013) Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Medical care*, S. 938–944. URL: <https://www.jstor.org/stable/42568837> (abgerufen am 10.01.2024)
- Steinberg L, Cauffman E, Woolard J, Graham S, Banich M (2009) Are adolescents less mature than adults?: minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop". *American Psychologist* 64 (7), 583–594. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19824745/> (abgerufen am 10.01.2024)
- van Assche K, Raus K, Vanderhaegen B, Sterckx S (2019) 'Capacity for Discernment' and Euthanasia on Minors in Belgium. *Med Law Rev* 27 (2), 242–266. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29982735/> (abgerufen am 10.01.2024)