

MATTHIAS REMENYI

## Selbstbestimmtes Sterben und medizinische Entscheidungen am Lebensende - eine ethische Problemexposition

### *Zusammenfassung*

Die Debatte um selbstbestimmtes Sterben und Sterbehilfe ebbt nicht ab, sondern wird in unverminderter Intensität weitergeführt. Vorliegender Forschungsüberblick führt in zentrale Argumentationsstrukturen der Diskussion ein. Die ethische Problemexposition rund um medizinische Entscheidungen am Lebensende situiert das Thema im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge und benennt zentrale Konfliktfelder. Besondere Beachtung findet dabei nicht nur die Situation in den Niederlanden, Belgien und der Schweiz, sondern vor allem die Möglichkeiten und Grenzen palliativmedizinischer Betreuung Schwerstkranker und Sterbender. Mit Nachdruck wird für eine verbesserte Ausbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals in den ethischen und existentiellen Fragen, die das selbstbestimmte Sterben betreffen, plädiert.

### *Abstract/Summary*

The debate about self-determination and dying is not abating, but continuing with undampened intensity. This research overview introduces the central points of the debate. The ethical exposition of the problem around medical decisions at the end of life places the subject within the tension between autonomy and care and points out the central areas of conflict. Not only the situation in the Netherlands, Belgium and Switzerland is of special interest, but also the possibilities and limits of palliative medical care of the seriously ill and dying. The author forcefully calls for a better education of medical and paramedical staff with respect to moral and existential questions that arise in the context of self-determination and dying.

### *Schlüsselwörter*

Sterbehilfe; Sterbebegleitung; Selbstbestimmung; Fürsorge; Palliativmedizin.

### *Keywords*

ethanasia; terminal care; self-determination; care; palliative medicine.

## 1. Autonomie und Fürsorge

Selbstbestimmung,<sup>1</sup> Autonomie und Würde sind fundamentale Begriffe in der ethischen Diskussion um medizinische Entscheidungen am Lebensende. Zentrale These der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zu Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende (veröffentlicht am 13. Juli 2006) ist, »dass der autonome Wille des Patienten Grund und Grenze ärztlicher Intervention bildet.«<sup>2</sup> Die Betonung dieses Aspektes fällt dermaßen pointiert aus, dass sich drei Mitglieder des Rates zu einem ergänzenden Votum genötigt sehen, in dem sie das sich ihrer Meinung nach hierin ausdrückende »Bild vom Menschen, das einseitig an den Idealen von Selbstbestimmung, Autonomie und Unabhängigkeit ausgerichtet ist«, kritisieren und durch den Aspekt der Fürsorge ausbalancieren.<sup>3</sup> Auch berufsethische Richtlinien des Ärztestandes verweisen zunehmend stärker auf die Entscheidungshoheit der Patienten. So ist die Patientenautonomie ein Hauptthema der medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)<sup>4</sup> ebenso wie der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, die die »Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten« gleich im ersten Satz der Präambel als Leitkriterium allen ärztlichen Handelns aufstellen.<sup>5</sup>

Dabei ist der Begriff der Patientenautonomie, der in den vergangenen Jahrzehnten im Prozess eines Strukturwandels der Medizin<sup>6</sup> den ärztlichen Paternalismus (Fürsorgetherik) als Grundparadigma der Arzt-Patient-Beziehung abgelöst hat,<sup>7</sup> schon als solcher mehrdeutig. Denn Autonomie kann nach Feinberg in vier sehr unterschiedlichen Konzepten verstanden werden, als Kapazität, als Zustand, als Ideal und als Recht.<sup>8</sup> So ist z. B. die Fähigkeit zur Selbstbestimmung dem Patienten im Dauerkoma auch dann als Kapazität gegeben, wenn sie von ihm nicht als Zustand aktiv ausgeübt werden kann. Das Recht zur Selbstbestimmung darf dem entscheidungsfähigen Patienten nicht abgesprochen werden, hierin liegt u. a. die Notwendigkeit ärztlicher Information und Aufklärung. Das Ideal einer autonomen Patientenentscheidung schließlich ist damit verbunden, dass der Patient in der Lage ist, die ihm zur Verfügung stehenden Informationen ausreichend zu bewerten und er überdies frei ist von inneren Bindungen und äußeren Zwängen.<sup>9</sup> Dieses Ideal scheint aber im klinischen Alltag unerreichbar, so dass die Selbstbestimmung des Patienten über die Entscheidungen am Lebensende oft Kompromisscharakter tragen wird – ein Hinweis, der vor allem von Gegnern einer Tötung auf Verlangen in die Debatte eingebracht wird, um eine einseitige Verabsolutierung des Autonomiearguments zu verhindern.<sup>10</sup>

Bei näherem Hinsehen zeigt sich außerdem, dass die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung keineswegs im strengen Sinn synonym zu gebrauchen sind. Denn Autonomie ist im kantischen Sinne eine unveräußerliche apriorische Verfasstheit des Menschen und bezeichnet dessen Selbstzwecklichkeit und Würde, Selbstbestimmung dagegen ihre je konkrete und situative Manifestation. Autonomie ist essentiell, ist eine »Fundamentalausstattung des Menschen«, Selbstbestimmung hingegen ihre funktionale Realisation, »das aktive Zurgeltungbringen derselben«.<sup>11</sup> Autonomie ist keine akzidentelle Eigenschaft, sondern macht das Proprium des Menschseins aus. Der Mensch ist darum auch dann als autonom zu betrachten, wenn er etwa infolge von Krankheit aktuell nicht in der Lage ist, diese zu manifestieren und willentlich über sich selbst zu bestimmen.<sup>12</sup> Es greift zu kurz, Autonomie rein negativ als Freiheit von iatrogenem Paternalismus zu verstehen.<sup>13</sup> Autonomie findet als intrapersonale Selbstbindung des Willens ihre natürliche Grenze an der Autonomie des Arztes und zeigt auf diese Weise ihren wesentlich relationalen Charakter: Es geht

beim (kantischen) Autonomiebegriff nicht um die schrankenlose Selbstverfügung eines monadischen Ichs, sondern um die Ermöglichung von in Freiheit verantwortetem Selbstsein in Interaktion mit anderen Freiheiten.

Die Konsequenzen für das strittige Verhältnis von Ethik der Autonomie und Ethik der Fürsorge<sup>14</sup> sind beträchtlich. Denn dann gilt umgekehrt, dass der Respekt vor der unveräußerlichen Autonomie des Menschen die Basis aller ärztlichen Fürsorge sein muss. Autonomie und Fürsorge schließen sich nicht aus, sondern gehören insofern zusammen, als Erstere Bedingungsgrund für Letztere ist: »Eben weil der Mensch essentiell autonom ist, die Manifestation seiner Autonomie jedoch im Falle von Krankheit [...] nicht selbstbestimmend zur Geltung bringen kann, muss der Arzt für-sorgend für ihn handeln.«<sup>15</sup> Deshalb plädieren jüngere medizinethische Ansätze für integrative Modelle medizinischer Entscheidungsfindung, die der Komplementarität und Interdependenz von Patientenwohl und Patientenautonomie Rechnung tragen.<sup>16</sup> Es kann Ausdruck der autonomen Selbstbestimmung des Patienten sein, wenn er in Anerkennung der eigenen Überforderung die Entscheidungshoheit über das Behandlungsregime an den Arzt delegiert. Alles kommt darauf an, so resümieren Husebø und Klaschik in ihrem Lehrbuch der Palliativmedizin, »die Autonomie des Patienten und die Fachkompetenz des Arztes in ein Verhältnis gegenseitigen Respektes zu bringen.«<sup>17</sup> Negativ bedeutet das, dass der Patient kein Anrecht auf eine medizinische Maßnahme hat, die der Arzt für unverantwortlich hält. Positiv resultieren daraus die hohe Bedeutung einer gelingenden Arzt-Patient-Kommunikation sowie die soziale und juristische Verbindlichkeit des so genannten *Informed Consent*<sup>18</sup> und der Patientenverfügung.<sup>19</sup> Das entspricht der von Beauchamp und Childress vertretenen Grundposition, der zufolge Autonomie nur eine der vier Säulen der biomedizinischen Ethik ist und gleichberechtigt neben den Prinzipien Benefizienz, Non-Malevolenz und Gerechtigkeit steht.<sup>20</sup>

Das Verhältnis, in dem die Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte (von Arzt und Patient gleichermaßen) einerseits und die Wahrung der strukturellen Gerechtigkeit sowie der individuellen Schutzrechte andererseits zueinander stehen, muss immer wieder neu ausartiert werden.<sup>21</sup> Strittig ist nicht nur, ob die Selbstbestimmung am Lebensende das Recht einschließt, sich von Dritten töten zu lassen (Tötung auf Verlangen),<sup>22</sup> sondern grundlegend, ob es – unabhängig von der juristischen Straflosigkeit – überhaupt ein ethisch legitimes Recht auf Suizid bzw. Suizidbeihilfe gibt.<sup>23</sup>

## 2. Terminologie

Die ethischen Konfliktfelder, in denen diese Entscheidungssituationen am Lebensende situiert sind, werden in der deutschsprachigen Literatur unter dem Begriff »Sterbehilfe« subsumiert. Der Begriff wird uneinheitlich verwendet, weil er sowohl die Hilfe *im* Sterben als auch die Hilfe *zum* Sterben umfasst. Auf den international üblichen Ausdruck »Euthanasie« wird vor allem wegen der historischen Belastung des Begriffs durch die Verbrechen der NS-Diktatur in der Regel verzichtet.<sup>24</sup> In der Debatte hat sich die Unterscheidung zwischen freiwilliger, nicht-freiwilliger und unfreiwilliger Sterbehilfe (voluntary, non-voluntary, involuntary euthanasia) durchgesetzt. Des Weiteren wird zwischen aktiver und passiver sowie direkter und indirekter Euthanasie unterschieden. Allerdings leidet die Diskussion darunter, dass die Begriffe zum einen missverständlich sind und zum anderen uneinheitlich gebraucht werden: Missverständlich deshalb, weil es für viele Ärzte und Pfl-

gekräfte im klinischen Alltag immer noch verwirrend ist, dass auch aktive Handlungen wie z. B. das Entfernen einer Magensonde oder das Abschalten eines Beatmungsgerätes unter den Oberbegriff der – juristisch und ethisch unbedenklichen – passiven Sterbehilfe fallen können.<sup>25</sup> Der uneinheitliche Gebrauch wird z. B. bei Husebø und Klaschik deutlich, die den Begriff der passiven Sterbehilfe im Gegensatz zu anderen Autoren nur auf den Therapieabbruch bzw. die Therapieunterlassung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, »bei denen nicht die Möglichkeit zu vorbereitenden Gesprächen gegeben war«, angewendet wissen wollen.<sup>26</sup> Auch wenn es sich eingebürgert hat, vereinfachend zwischen drei Formen der Sterbehilfe zu unterscheiden – aktive, indirekte und passive Sterbehilfe<sup>27</sup> – wird aus genannten Gründen diese überkommene Terminologie in jüngeren medizinethischen Lehrbüchern zunehmend problematisiert. So erklärt Pöltner, die genannten Begriffe gäben »zu Missverständnissen Anlass«,<sup>28</sup> und ersetzt deshalb den Ausdruck Sterbehilfe durch die Rede von »Sterbebegleitung, Sterbebeistand«. <sup>29</sup> Statt freiwilliger Euthanasie oder aktiver Sterbehilfe spricht er konsequent von »Tötung auf Verlangen«. <sup>30</sup> Ähnlich beklagt Irrgang die oft undifferenzierte Verwendung des Begriffs Sterbehilfe und spricht deshalb lieber von Sterbebeistand oder Sterbebegleitung. <sup>31</sup> Allen Publikationen gemeinsam ist die Notwendigkeit, einleitend lange definierende und präzisierende Begriffsklärungen vorzuschalten. <sup>32</sup>

Aus diesem Grund ist es sehr begrüßenswert, dass der Nationale Ethikrat die Orientierung an den folgenden Begriffen vorschlägt: Sterbebegleitung (pflegerische oder betreuende Maßnahmen während des Sterbeprozesses), Therapien am Lebensende (darunter fallen auch hoch dosierte Schmerzmedikation oder starke Sedierung, was den bisherigen Begriff der so genannten indirekten Sterbehilfe überflüssig werden lässt), Sterbenlassen (statt passiver Sterbehilfe) Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) sowie Tötung auf Verlangen (vormals aktive Sterbehilfe). <sup>33</sup> Freilich sind durch eine präzisere und weniger missverständliche Benennung der einzelnen Handlungsfelder am Lebensende die damit verbundenen Konfliktsituationen und Fragestellungen noch lange nicht erledigt. Von deren Beurteilung hängt dann entsprechend die Einschätzung der ethischen Zulässigkeit oder Nichtzulässigkeit von Tötung auf Verlangen, Suizid und Suizidbeihilfe oder das Sterbenlassen nichteinwilligungsfähiger Personen ab.

### 3. Äquivalenz von Tun und Unterlassen?

Neben dem prinzipiellen Verweis auf das grundrechtlich gesicherte Selbstbestimmungsrecht des autonomen Patienten – »das Recht auf Leben [...] enthält keine Pflicht zu leben«<sup>34</sup> – und dem Rekurs auf die Unerträglichkeit des Leidens (Mitleidsargument)<sup>35</sup> ist es vor allem die Behauptung der ethischen Irrelevanz des Unterschieds von Tun und Sterbenlassen, die Befürworter einer Tötung auf Verlangen ins Feld führen: Die Tötung auf Verlangen sei ethisch gerechtfertigt, weil kein moralrelevanter Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und Sterbenlassen bestehe,<sup>36</sup> beides geschehe vorsätzlich,<sup>37</sup> und beide Male sei das Resultat dasselbe – der Tod. Insbesondere utilitaristische Ethiker präferieren diese Argumentation.<sup>38</sup> Im Gegenzug verweisen die Kritiker dieser Position mit Nachdruck auf die bleibende und fundamentale ethische Differenz zwischen Tötungshandlungen und Therapiebegrenzungen.<sup>39</sup> So wenden sich Fuchs und Lauter in ihrer Kritik einer Tötung auf Verlangen gegen das Mitleidsargument mit dem Hinweis, die »Forderung nach der Abschaffung von Leid durch die Beseitigung des Leidenden missbraucht die Medizin« und werfen

der Ineinsetzung von Töten und Sterbenlassen vor, dass hier »offensichtlich verschiedene Formen von Kausalität vermengt« werden.<sup>40</sup> Auch Schockenhoff bestreitet die »behauptete Ausgangsparität zwischen einem Behandlungsabbruch in medizinisch aussichtsloser Lage und einer aktiven Tötungshandlung des Arztes«<sup>41</sup> mit Nachdruck und verweist hierzu zum einen auf die unterschiedliche kausale Effizienz,<sup>42</sup> zum anderen auf die differierende »intentionale Struktur« von Tötungs- und Unterlassungshandlungen.<sup>43</sup> Es geht – so lässt sich das Gegenargument zusammenfassend skizzieren – gar nicht um eine monokausale Folgenabschätzung, sondern um die komplexe ethische Bewertung der vollen Handlungsstruktur. Und hier unterscheiden sich Töten und Sterbenlassen – so Pöltner – hinsichtlich der Todesursache (Fremdursache oder Desintegrationsprozess des Organismus), der Intention (Herbeiführung des Todes oder Zulassen des Sterbenkönnens) und der Einstellung (Verfügenwollen über das Sterben oder Akzeptanz der Grenzen ärztlicher Heilkunst).<sup>44</sup>

Dabei ist die Frage, ob das Zulassen des natürlichen Sterbeprozesses, d. h. ob ein ethisch als legitim erachteter Behandlungsabbruch (z. B. das Einstellen der künstlichen Ernährung) durch ärztliches aktives Tun oder durch bloßes Nichteingreifen (z. B. indem die leere Infusionsflasche nicht ersetzt wird) erfolgt, moralisch unerheblich.<sup>45</sup> Spätestens seit dem so genannten Appleton Consensus im Jahre 1989 ist mehrheitlich unstrittig, dass in ethischer Hinsicht »kein Unterschied zwischen dem Unterlassen und dem Unterbrechen einer aktiven Behandlung« besteht.<sup>46</sup> Denn hier geht es ausschließlich um das Zulassen des Sterbeprozesses. Es besteht deshalb kein Unterschied, weil in diesem Fall beim Tun wie Unterlassen jeweils die gleiche Todesursache, die gleiche Intention und die gleiche Einstellung vorliegen. Allerdings belegen aktuelle empirische Studien, dass in der medizinischen und juristischen Praxis immer noch große Unsicherheit besteht: Nicht nur Ärzte, sondern auch Vormundschaftsrichter ordnen die Beendigung einer lebenserhaltenden Maßnahme signifikant häufiger der aktiven Sterbehilfe zu als den Verzicht auf dieselbe.<sup>47</sup> Einer anderen Studie zufolge sahen etwa 50 Prozent von über 1000 palliativmedizinisch fortgebildeten Ärzten das Abstellen der künstlichen Beatmung fälschlicherweise als aktive Sterbehilfe an.<sup>48</sup>

#### 4. Irrelevanz der Intention?

Ähnliche Argumentationsfiguren sind auch hinsichtlich der zweiten konfliktiven Leitdifferenz, derjenigen zwischen – in überkommener Terminologie – direkter und indirekter Sterbehilfe zu beobachten: Befürworter einer Tötung auf Verlangen versuchen oft, durch eine Relativierung des Intentionalitätsargumentes diese Unterscheidung einzuebnen, um die Akzeptanz für direkte Tötungshandlungen zu erhöhen. So beklagt Wils die »Undurchsichtigkeit von Haupt- und Nebenintentionen bei der Schmerzbekämpfung«<sup>49</sup> und unterstellt, die direkte Tötungsabsicht werde »aus der indirekten aktiven Sterbehilfe lediglich wegdefiniert«.<sup>50</sup> Wils verfolgt dabei das klare politische Ziel, die in den Niederlanden geltenden Entscheidungskriterien auch auf die deutsche Situation zu übertragen.<sup>51</sup> Kritiker betonen dagegen das entscheidende Gewicht, das der Intention des ärztlichen Handelns zukomme und weisen auf die bleibende Bedeutsamkeit des Prinzips der Doppelwirkung (*actio duplici effectus*) hin: Eine terminale Sedierung sei ethisch vertretbar, wenn die primäre Handlungsabsicht in der Schmerzlinderung liege und eine eventuell damit verbundene Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Handlungsfolge in Kauf genommen werden müsse. Das sei etwas völlig anderes als eine willentliche und direkte Tötungshandlung.<sup>52</sup>

### 5. Nichteinwilligungsfähigkeit bei apallischem Syndrom

Strittig ist außerdem, wie mit nichteinwilligungsfähigen Personen etwa im Falle eines dauerhaften apallischen Syndroms (Wachkoma) zu verfahren ist. Zwar hat der BGH im so genannten Kempfener Urteil vom 13.09.1994 entschieden, dass der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme bei einem nichtentscheidungsfähigen Patienten auch ohne das Vorliegen eines ausdrücklichen Behandlungsverzichts der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf und damit grundsätzlich statthaft sein kann.<sup>53</sup> Leitend im konkreten Fall (es ging um eine 72-jährige Frau im Wachkoma, bei der die künstliche Ernährung beendet werden sollte) war dabei die Annahme des entsprechenden mutmaßlichen Patientenwillens.<sup>54</sup> Was aber, wenn – wie etwa im Fall der am 31. März 2005 nach langem erbitterten Rechtsstreit schließlich verstorbenen Wachkomapatientin Terri Schiavo aus Florida – die nächsten Angehörigen zu unterschiedlichen Einschätzungen des mutmaßlichen Patientenwillens gelangen? Was also geschieht mit nichteinwilligungsfähigen Patienten, bei denen weder eine Patientenverfügung vorliegt, noch in hinreichender Klarheit der mutmaßliche Patientenwille erhoben werden kann? Ist ein nichtfreiwilliges Sterbenlassen in solchen Situationen moralisch zulässig? Ausschlaggebend für das Management bei Patienten in persistierendem vegetativen Zustand dürfte die Schnittstelle zwischen persistierendem (erhalten über Zeit) und permanentem (irreversiblen) vegetativen Zustand sein; eine Unterscheidung, die – wie Wöbker und Bock einräumen – »jedoch nicht mit Sicherheit zu bestimmen oder zu messen ist«. Aus diesem Grund plädieren sie für den Grundsatz: *in dubio pro vita*.<sup>55</sup>

### 6. Beginn des Sterbeprozesses

Aufsehen erregend war das besagte Urteil des BGH auch deshalb, weil im fraglichen Fall der eigentliche Sterbeprozess noch nicht begonnen hatte. Ein erneutes BGH-Urteil aus dem Jahre 2003 bestätigt die richterliche Entscheidung von 1994, dass das Sterbenlassen eines irreversibel dem Tod entgegengehenden, weil schwer hirngeschädigten Menschen unter Umständen auch dann statthaft sein kann, wenn der Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht.<sup>56</sup> Der aktuellen Rechtsprechung folgend halten die Grundsätze der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2004 zwar eine »lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung« bei Personen mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit »unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich [für] geboten«, verweisen aber zugleich auf die Grundsätze zum ärztlichen Verhalten bei infauster Prognose, nach denen eine Änderung des Behandlungszieles von kurativer zu palliativer Versorgung dann indiziert sein kann, wenn der Patient »in absehbarer Zeit« sterben wird, weil die Krankheit »weit fortgeschritten« ist. Allerdings wird im gleichen Dokument auch betont, dass bei PVS-Patienten die »Dauer der Bewusstlosigkeit [...] kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein« darf.<sup>57</sup>

### 7. Das Beispiel Belgien

Die ethische Problematik, die in einer Abkoppelung der Zulässigkeit einer lebensverkürzenden medizinischen Maßnahme vom akuten Sterbeprozess als deren *conditio sine qua non* ggf.

liegen kann, zeigt in aller Deutlichkeit das Beispiel Belgien. Dort wurde am 28. Mai 2002 ein Gesetz verabschiedet, das bei Einhaltung gewisser Vorgaben die Zulässigkeit einer Tötung auf Verlangen für unheilbar Kranke vorsieht. Die Straffreiheit ist dabei nicht an das unmittelbare Bevorstehen des Todes geknüpft, sondern erstreckt sich auch auf Fälle »dauerhaften und unerträglichen physischen oder psychischen Leidens«. <sup>58</sup> Damit wird, wie Husebø und Klaschik einwenden, »letztlich die subjektive Lebensablehnung« ausreichend für die Straffreiheit einer Tötung auf Verlangen. <sup>59</sup> Wo also und nach welchen Kriterien ist die Grenze zu ziehen? Eine Aufweichung der evaluativen Maßstäbe für die Zulässigkeit einer Tötungshandlung lässt weitergehende Interpretationen nötig werden: »Fallen unheilbare chronische Krankheiten wie zum Beispiel Multiple Sklerose oder eine Alzheimererkrankung generell oder erst ab einem bestimmten Stadium darunter?« <sup>60</sup> Solche Zusatzkriterien sind notwendigerweise weich und schwer zu kontrollieren, weil sie »zwischen subjektiver und quasi-objektiver Beurteilung oszillieren.« <sup>61</sup> Mit anderen Worten: Was ist und wer definiert dauerhaftes und unerträgliches Leid? <sup>62</sup> Bobbert plädiert aus diesen Gründen gegen eine Freigabe der Tötung auf Verlangen.

### 8. Standesethik

Neben den individualethischen Konfliktfeldern spielen auch kontrovers diskutierte sozial-ethische Fragestellungen eine wichtige Rolle. Eine davon ist die – vor allem von ärztlichen Berufsorganisationen stark ventilierter – Frage, welche Konsequenzen eine Freigabe der Tötung auf Verlangen für die ärztliche Standesethik und Berufsrolle nach sich zieht. Besonders von ärztlicher Seite <sup>63</sup> wird gegen die Forderung nach einer Freigabe der Tötung auf Verlangen eingewandt, sie untergrabe auf lange Sicht das Vertrauen in den Ärztestand und schade deshalb der jeweiligen konkreten Arzt-Patient-Beziehung. Denn aktive Tötungshandlungen seien mit dem ärztlichen Ethos, das sich am Nicht-Schaden-Prinzip (*nil nocere*) und dem Patientenwohl (*salus aegroti suprema lex*) orientiere, unvereinbar. Eine Freigabe der Tötung auf Verlangen nivelliere den Vertrauensschutz und zerstöre das Grundvertrauen in die das Leben erhaltende Tätigkeit des Arztes. <sup>64</sup> Demgegenüber wird von Befürwortern einer Freigabe der Tötung auf Verlangen eingewandt, hier handele es sich lediglich um arrivierten »Konservativismus der Standesethik«, der mit der gesellschaftlichen Neudefinition der ärztlichen Rolle (Patientenhelfer entsprechend dessen individuellen Maßstäben) nicht Schritt gehalten habe. <sup>65</sup> Das Vertrauensargument wird umgekehrt: Die rigide Ablehnung von Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe führe zu einem Vertrauensverlust gegenüber dem Ärztestand, weil die Patienten das als mangelnde Akzeptanz ihrer wohlüberlegten Willensentscheidung interpretierten. So folgert Wiesing: »Es könnte auch das Vertrauen in die Ärzteschaft stärken, wenn sie bereit wäre, die fundamentalen Rechte ihrer Patienten zu akzeptieren und unter bestimmten Bedingungen bei der Umsetzung Hilfe anzubieten.« <sup>66</sup> Seiner Ansicht nach kann eine Tötung auf Verlangen »nicht zwingend über den Verweis auf das ärztliche Ethos abgelehnt werden.« <sup>67</sup> Pöltner weist im Gegenzug diesen umgekehrten »Hinweis auf Vertrauensmaximierung« bei Euthanasiewilligen als rein »formal« zurück, weil sich der Inhalt des (bei Euthanasieunwilligen) schwindenden Vertrauens ändere und in sein Gegenteil – nämlich Misstrauen – umschlage. <sup>68</sup> Da verschlage es auch nichts, ob ein euthanasiebereiter Arzt im konkreten Fall töte oder nicht: »Für die Erzeugung von Misstrauen genügt bereits seine grundsätzliche Bereitschaft.« <sup>69</sup>

### 9. Staatliche Schutzpflicht und Sozialdruck

Die Rolle des Staates steht bei einer Freigabe der Tötung auf Verlangen ebenfalls in Frage. Denn der Staat müsste für ausreichend ausführende Personen sorgen, die die Ausübung dieses Patientenrechtes auch gewährleisten könnten. Dass die sich faktisch wohl finden ließen, ändert nichts an der dann durchaus zweifelhaft erscheinenden Garantenstellung des Staates; zweifelhaft deshalb, weil sie auf eine »Relativierung der staatlichen Schutzpflicht zu Gunsten des Lebens« hinausliefe.<sup>70</sup>

Außerdem stünde zu befürchten, dass der soziale und gesellschaftliche Druck auf Patienten wächst, von der Möglichkeit zur Tötung auf Verlangen bzw. der Suizidbeihilfe Gebrauch zu machen, um den nächsten Angehörigen oder der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen. Der Wille, trotz Krankheit und Leid weiterleben zu wollen, würde plötzlich legitimationsbedürftig. Dass die diesbezügliche Warnung Pöltners, unter »dem Deckmantel des Mitleidsarguments können gesellschaftliche Nützlichkeitsabwägungen (z. B. ökonomischer Art) an die Stelle von Solidarität treten«,<sup>71</sup> nicht völlig aus der Luft gegriffen ist, lassen die empirischen Daten über die Sterbehilfepraxis in den Niederlanden vermuten.<sup>72</sup>

### 10. Dammbbruch (empirische Slippery Slope): Das niederländische Modell

Vor allem in einem anderen sozialetischen Punkt werden die empirischen Ergebnisse des niederländischen Modells kontrovers diskutiert: Ob aus den Befunden der großen Studien zur Sterbehilfe in den Niederlanden eine Tendenz zur Ausweitung der Euthanasiepraxis (besonders bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, also bei der nichtfreiwilligen Lebensbeendigung) zu erheben ist. Zur Debatte steht die Durchschlagskraft des Dammbbruch- oder Slippery-slope-Arguments (Argument der schiefen Ebene). Zum rechtlichen Hintergrund: Am 12. April 2001 beschloss das niederländische Parlament ein Gesetz, das bei Einhaltung gewisser Sorgfaltskriterien sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die Beihilfe zum Suizid durch Ärzte straffrei stellt (Art. 293 und 294 NStGB, in Kraft getreten am 01. April 2002). Ziel des Gesetzes, dessen Kern in einem detaillierten Meldeverfahren an regionale Kontrollkommissionen besteht, ist die strafrechtliche Regelung einer seit Jahren von den Gerichten offiziell geduldeten Praxis aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden.

Parallel dazu wurden in den Jahren 1990,<sup>73</sup> 1994<sup>74</sup> und 2001<sup>75</sup> von der niederländischen Regierung landesweite empirische Studien zu ärztlichen Entscheidungen am Lebensende in Auftrag gegeben. Während diesen Studien zufolge die Zahl der ärztlichen Beihilfe zum Suizid mit rund 400 Fällen 1990 und 1994 sowie 300 Fällen im Jahr 2001 relativ konstant geblieben ist, stieg die Zahl einer Tötung auf Verlangen von ca. 2300 (1990) auf ca. 3200 Fälle im Jahr 1994 und ca. 3500 Fälle im Jahr 2001 an. Das entspricht einer Steigerung um 39 Prozent allein in den fünf Jahren zwischen 1990 und 1994. Kontrovers diskutiert wird neben dieser Zunahme auch die fast gleich bleibend hohe Zahl der rund tausend (2001: 900) so genannten LAWER-Fälle (Life termination act without explicit and persistent request), also einer Tötung des Patienten auch ohne dessen ausdrückliche Einwilligung und damit gegen die klaren Vorgaben der niederländischen Sorgfaltskriterien, die den freien und reiflich überlegten Patientenwunsch zur Voraussetzung machen. Diese Zahlen erhöhen sich noch beträchtlich, wenn die Sterbefälle dazugerechnet werden, in denen Ärzte eine Schmerzbehandlung mit der ausdrücklichen Absicht durchgeführt haben, das



Leben des Patienten zu verkürzen, ohne dabei dessen Willen gekannt oder in Erfahrung gebracht zu haben.<sup>76</sup> Während vor allem die Autoren der landesweiten Studien die Dammbruchgefahren als gering einschätzen, sehen Kritiker des niederländischen Modells in diesen Zahlen deutliche »Anhaltspunkte, die zugunsten eines vorhandenen Ausweitungseffekts sprechen und einen weiteren befürchten lassen.«<sup>77</sup>

Zimmermann-Acklin macht außerdem auf den bemerkenswerten Umstand aufmerksam, dass ganz augenscheinlich die Intention des niederländischen Modells, die Patientenautonomie zu stärken und ein selbstbestimmtes Sterben zu gewährleisten, in der Praxis oft ins Gegenteil verkehrt wird. Ein neuer ärztlicher Paternalismus greife Raum, der den vermeintlichen Schutz der Autonomie durch Straffreistellung der Tötung auf Verlangen zu unterlaufen drohe: Ein »grundsätzliches Problem [besteht] darin, dass in den Niederlanden die Macht oder Entscheidungsbefugnis der Ärzte über ihre Patienten übermäßiges Gewicht erhalten hat und somit die Möglichkeit der Selbstbestimmung tendenziell eher reduziert und gefährdet als gefördert wird.«<sup>78</sup>

Ein Vergleich der empirisch erhobenen Daten mit den tatsächlichen Meldezahlen zeigt zudem den höchst problematischen Umstand, dass trotz steigender absoluter Zahlen immer noch nur ein Teil der tatsächlich erfolgten Tötungen auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfen den Behörden gemeldet werden: 1990 wurden ca. 18 Prozent, 1994 ca. 41 Prozent und 2001 ca. 54 Prozent aller in Frage kommenden Fälle den zuständigen Gremien angezeigt.<sup>79</sup> Auch die Deutung dieser Zahlen ist perspektivenabhängig: Der Anteil der gemeldeten Fälle hat sich binnen einer Dekade verdreifacht, aber immer noch wird fast jede zweite ärztliche Tötungshandlung bzw. Suizidbeihilfe nicht gemeldet.

Der Einbezug von Menschen außerhalb des Terminalstadiums sowie eine Ausweitung der Tötungspraxis auf Säuglinge und psychisch Kranke scheinen die Vermutung, dass die niederländische Praxis gekennzeichnet ist durch das »fortlaufende ›Ausfransen‹ jener Gruppe von Patienten, bei denen Sterbehilfe grundsätzlich akzeptiert wird«,<sup>80</sup> zu erhärten. Dass im Jahr 2004 erstmals die Tötung auf Verlangen bei einem Alzheimerpatient gemeldet wurde,<sup>81</sup> deutet ebenfalls in diese Richtung und veranlasst den nationalen Ethikrat mit Blick auf die Niederlande zu folgender Einschätzung: »Mit Versuchen, den Ausnahmeharakter einer Regelung aufzuweichen und diese für andere Fälle anwendbar zu machen, ist also zu rechnen, und manche dieser Versuche werden erfolgreich sein.«<sup>82</sup>

### *11. Dammbruch (logische Slippery Slope): Suizidbeihilfe in der Schweiz*

Die Brisanz des Dammbruch-Arguments lässt sich auch am Umgang mit ärztlicher Suizidbeihilfe in der Schweiz ablesen. Die Straffreistellung der Beihilfe zum Suizid nach Art. 115 des schweizerischen StGB hat zur Entstehung diverser privater Sterbehilfeorganisationen geführt. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) lehnte ärztliche Suizidbeihilfe bisher stets als nicht zum ärztlichen Auftrag gehörend ab. In den aktuellen Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (November 2004) wird das zwar im Grundsatz bekräftigt, gleichzeitig aber unter Verweis auf die Achtung des Patientenwillens festgestellt: »Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren.«<sup>83</sup> Weil in der Zwischenzeit mit dem Lausanner Universitätsspital ein erstes Akutspital Sterbehilfeorganisationen den Zutritt erlaubt hat, wurde eine zweite Erklärung der SAMW vom Februar 2006 notwendig, in der mit Blick

auf obige Textpassage ausdrücklich betont wird, die SAMW habe hier ihre Haltung zur ärztlichen Suizidbeihilfe »im Sinne einer gewissen Öffnung modifiziert«. <sup>84</sup> Weiter heißt es nun: »Wenn man von der Voraussetzung ausgeht, dass Suizidbeihilfe im Einzelfall nicht ausgeschlossen ist, so scheint es aus ethischer Sicht schwer nachvollziehbar, nur aufgrund des Aufenthaltsortes (z. B. ein Akutspital) diese Hilfe zu verweigern.« <sup>85</sup> Weil die SAMW im November 2004 erstmals die ärztliche Suizidbeihilfe nicht kategorisch negiert, sondern in den Gewissensentscheid des behandelnden Arztes gelegt hat, kann sie nachfolgend von dieser Öffnung die Akutspitäler nicht ausnehmen. Eine dritte Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der SAMW vom 15. Januar 2007 stellt schließlich mit einer gewissen Hilflosigkeit fest, dass sich im Gefolge der Entscheidung aus Lausanne auch andere universitäre Zentren mit der Überlegung tragen, Sterbehilfeorganisationen in ihren Räumen zuzulassen. Angesichts dieser Situation bleibt der Kommission nur der Rat an jene Spitäler, »eine eigene Haltung [zu] definieren, die den lokalen Gegebenheiten Rechnung trägt.« <sup>86</sup> Während mit Blick auf die Daten aus den Niederlanden eher eine empirische Slippery Slope in Frage steht, wäre hinsichtlich der sich zunehmend aufweichenden Argumentationsfiguren der SAMW von einer logischen Slippery Slope zu sprechen. <sup>87</sup>

## 12. Terminale bzw. palliative Sedierung

Im Jahr 1997 wird notiert, das Thema tiefe Sedierung reife »derzeit noch zu einem ethischen Problem heran«. <sup>88</sup> Inzwischen hat sich die Situation grundlegend verändert: Die Frage, ob und wann es medizinisch angemessen und ethisch zulässig (oder sogar geboten) ist, Patienten tief bzw. terminal zu sedieren, ist ein drängendes Problem, das sich gerade im Bereich der palliativmedizinischen Betreuung Schwerstkranker stellt. Deshalb legt die Europäische Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) großen Wert auf die fundamentale Unterscheidung zwischen Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid einerseits und terminaler Sedierung andererseits: »In terminal sedation the *intention* is to relieve intolerable suffering, the *procedure* is to use a sedating drug for symptom control and the successful *outcome* is the alleviation of distress. In euthanasia the *intention* is to kill the patient, the *procedure* is to administer a lethal drug and the successful *outcome* is immediate death.« <sup>89</sup> Während ggf. eine tiefe Sedierung im Rahmen der palliativmedizinischen Betreuung sogar geboten sein könne, dürfe Tötung auf Verlangen und ärztlich assistierter Suizid niemals Teil des ordentlichen palliativmedizinischen Maßnahmenkatalogs werden.

Allerdings deutet eine 2004 veröffentlichte Befragung von 410 niederländischen Ärzten an, dass eine trennscharfe Abgrenzung von Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid von tiefer Sedierung in der medizinischen Praxis verwischen kann. Über die Hälfte der befragten Ärzte gaben an, bereits terminale Sedierung in Verbindung mit der Einstellung von Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr eingesetzt zu haben. Interessant ist nun, dass 17 Prozent dieser Ärzte die terminale Sedierung mit dem hauptsächlichen Ziel eingesetzt haben, das Ableben des Patienten zu beschleunigen. <sup>90</sup> Wenn aber bei einem so signifikanten Anteil aller Anwendungen die terminale Sedierungen dem primären Ziel der Lebensverkürzung dient, muss sie dann nicht doch dem Bereich der Tötung auf Verlangen zugeordnet werden? Manche sehen in der terminalen Sedierung deshalb den Einstieg in die Euthanasie <sup>91</sup> oder versuchen, an diesem Beispiel die ethische Untauglichkeit der Differenzierung von Töten und Sterbenlassen sowie der Doktrin des Doppelleffekts aufzuzeigen,

um so einem rein pragmatischen Ansatz zu Gunsten des niederländischen Modells Bahn zu brechen.<sup>92</sup> Birnbacher dagegen plädiert für die Beibehaltung einer klaren begrifflichen Unterscheidung: Während kein Arzt zur Suizidassistenz verpflichtet werden dürfe, gäbe es gute Gründe, dem Patienten als *Ultima Ratio* der Leidverminderung das Recht zuzusprechen, die terminale Sedierung notfalls vom Arzt verpflichtend einzufordern. Er erachtet zwar die terminale Sedierung in Verbindung mit Behandlungsabbruch gegenüber dem ärztlich assistierten Suizid als ethisch vorzugswürdig, will diesen aber damit mitnichten als *in toto* unzulässig erklären.<sup>93</sup> Bereits erwähnt wurde die Debatte um die Tauglichkeit des Intentionalitätsarguments: Während den Hartogh die Frage nach der Handlungsabsicht des Arztes für ungeeignet erachtet, um den Einsatz einer terminalen Sedierung ethisch klassifizieren zu können,<sup>94</sup> halten Neitzke und Frewer es nachgerade für »zentral, nach der Intention [...] zu fragen«, um eine sedierende Maßnahme am Lebensende ethisch angemessen einordnen zu können.<sup>95</sup> Sie problematisieren den Begriff »terminale« Sedierung zwar aus semantischen Gründen, plädieren aber der Sache nach für die grundsätzliche Legitimität der Sedierung am Lebensende als *Ultima Ratio* einer angemessenen Symptomkontrolle.

Ein weiteres durchaus kritisch zu bewertendes Ergebnis der erwähnten Studie von Rietjens u. a. ist, dass zwar 93 Prozent aller betroffenen Angehörigenfamilien in die Entscheidung mit einbezogen wurden, die Sedierung aber bei immerhin 41 Prozent der Patienten aufgrund fehlender Einwilligungsfähigkeit nichtfreiwillig vorgenommen wurde. Gillick fordert in seinem Kommentar zur Studie deshalb klare Richtlinien zu Kontrolle und Gebrauch der terminalen Sedierung und hält den *Informed Consent* für eine unabdingbare Voraussetzung des sachgemäßen Einsatzes dieser Behandlungsform.<sup>96</sup>

Alternativ zur permanenten Sedierung erwähnen Neitzke und Frewer noch die intermittierende Form, in der die Patienten während einer Medikationspause das Bewusstsein wiedererlangen. Diese Maßnahme, die sie als »indizierte palliativmedizinische Option der Symptomkontrolle« erachten,<sup>97</sup> wird z. B. an der Klinik für Palliativmedizin der Uniklinik in Aachen mit gutem Erfolg angewandt.<sup>98</sup>

Im Augenblick ist in der Praxis eine neue Sprachregelung zu beobachten: Gerade um Assoziationen in Richtung einer Tötung auf Verlangen zu vermeiden, ersetzen Palliativmediziner zusehends den missverständlichen Ausdruck terminale Sedierung und sprechen stattdessen grundsätzlich von palliativer Sedierung. Palliative Sedierung wird damit zu einem Oberbegriff, der dann hinsichtlich der Tiefe (oberflächlich/tief) und der Zeit (permanent/intermittierend) zu präzisieren ist. Eine aktuelle Arbeit stellt den sich abzeichnenden internationalen Konsens zur palliativen Sedierung dar.<sup>99</sup>

### 13. Hydrierung und Ernährung

In der Debatte um palliative Sedierung wird immer wieder kontrovers diskutiert, ob die Sedierung automatisch mit der Einstellung von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr einhergehen soll. Bisweilen bereitet jedoch gerade die Kombination von tiefer Sedierung mit dem Abbruch von Flüssigkeitssubstitution und Ernährung den behandelnden Ärzten besondere Sorgen, weil sie hierin eine Verletzung der ärztlich geforderten Basisbetreuung sehen. Allerdings weist Beletes in seinem Kommentar zu den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 darauf hin, dass die in den Grundsätzen erstmals

definierte unverzichtbare Basisbetreuung zwar das »Stillen von Hunger und Durst« umfasst, man aber bei der Wahl dieser Formulierung mit Bedacht auf die Verpflichtung zur Ernährung verzichtet habe.<sup>100</sup> Weil das subjektive Durst- und Hungergefühl bei Patienten in der Sterbephase weit eher eine Frage der Mundhygiene denn der Flüssigkeitszufuhr zu sein scheint, plädieren Husebø und Klaschik für die Nichtaufnahme bzw. den Abbruch von Ernährung und Hydrierung im Finalstadium. Eventuelle Ängste, dadurch das Leiden der Patienten zu vergrößern, seien sachlich unbegründet.<sup>101</sup> Die Frage nach Abbruch oder Verzicht von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr stellt sich also nicht nur bei palliativer Sedierung und sollte folglich auch unabhängig von ihr entschieden werden. Das scheint unter Palliativmedizinern gegenwärtig konsensfähig zu sein.<sup>102</sup> Bei der Umstellung des Therapieziels von kurativer zu palliativer Behandlung und angemessener Sterbebegleitung kann also auch die Ernährung und Flüssigkeitsgabe vom subjektiven Bedürfnis des Patienten abhängig gemacht und ggf. unterlassen werden.<sup>103</sup>

#### 14. Palliativmedizin

Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten führt die palliativmedizinische Betreuung dazu, dass die verbleibende Lebenszeit nicht nur als erträglich, sondern durchaus lebenswert empfunden werden kann. Dennoch bitten einige Patienten trotz intensiver palliativmedizinischer Betreuung um Lebensbeendigung durch den Arzt oder Suizidassistenten. Das ist insofern erstaunlich, als allgemein davon ausgegangen wird, dass eine zureichende palliativmedizinische Betreuung solche Bestrebungen überflüssig machen sollte.<sup>104</sup> Denn die Palliativmedizin will den Menschen ein würdiges Sterben ermöglichen und versteht sich als die bessere Alternative zur Tötung auf Verlangen.<sup>105</sup> Dass trotz guter palliativer Betreuung dieser Wunsch an die Pflegekräfte herangetragen wird, bedeutet deshalb eine Infragestellung des palliativmedizinischen Selbstverständnisses und steht im Widerspruch zum Selbstbild der Palliativmedizin.<sup>106</sup> Es handelt sich hierbei um keine Randfrage: Einer kanadischen Untersuchung mit Krebspatienten in Palliativbehandlung zufolge befürworten 73 Prozent der Befragten eine Legalisierung von Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid. 58 Prozent können sich darüber hinaus vorstellen, selbst diese Möglichkeiten in Anspruch zu nehmen.<sup>107</sup> Eine amerikanische Studie bestätigt, dass sowohl Hospizpatienten als auch deren Familienmitglieder im Gespräch mit dem Pflegepersonal häufig diese Fragen ansprechen.<sup>108</sup> Dabei kann der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe in Einzelfällen hartnäckig aufrecht erhalten bleiben.<sup>109</sup>

Inzwischen liegen einige Untersuchungen über mögliche Ursachen vor: Wichtige Gradmesser sind Anzahl und Schwere der Symptome, an denen die Patienten leiden. So lässt sich bei Patienten mit ausgeprägtem Wunsch nach Sterbehilfe eine höhere Symptomprävalenz (Schmerzen, Unwohlsein, Übelkeit) feststellen.<sup>110</sup> Auch dem allgemeinen Schwächegefühl sowie der Angst vor dem Verlust personaler Würde kommen Schlüsselrollen zu.<sup>111</sup> Andere Studien sehen dagegen komplexe und multiple Ursachenbündel am Werk: Psychologische, existentielle und soziale Gründe seien eher maßgeblich als isolierte physische Symptome wie z.B. Schmerzen.<sup>112</sup> Dabei kann für Ärzte gerade der Umgang mit existentiellem Leid ein so gravierendes Problem darstellen, dass das die Gewährung von Suizidbeihilfe oder Tötung auf Verlangen nach sich ziehen kann.<sup>113</sup> Als weitere ursächliche Faktoren zählen auf Seiten der Behandler das Befürworten von aktiver Sterbehilfe<sup>114</sup> und

eine unzureichende Ausbildung in Gesprächsführung, auf Seiten der Patienten hingegen die Wahrnehmung der Ärzte als wenig optimistisch sowie eine eigene hohe emotionale Belastung.<sup>115</sup>

Evident scheint die große Bedeutung der Kommunikationsfähigkeiten des klinischen Personals zu sein,<sup>116</sup> weil der Sterbewunsch oft als dramatisches Werkzeug der Kommunikation benutzt wird, wenn vorherige Versuche gescheitert sind.<sup>117</sup> Einiges deutet darauf hin, dass insgesamt eine belastete oder gestörte Arzt-Patient-Beziehung Auslöser für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe sein kann: Befragt man Patienten nach ihren Erfahrungen mit dem medizinischen Behandler-System, so berichten Patienten mit einem eher hoch ausgeprägten Wunsch nach ärztlicher Lebensbeendigung oder Suizidassistenten häufiger von negativen Erfahrungen mit Ärzten (Ärzte hören nicht zu oder geben nicht verständlicher Erklärungen).<sup>118</sup>

### *15. Unzureichende Ausbildungssituation*

Die medizinische Forschungslage zeigt also eine durchaus respektable Anzahl an Untersuchungen zum Phänomenbereich. Signifikant an den Untersuchungsergebnissen ist, dass ein ausgeprägter Sterbewunsch bzw. die Bitte um ärztliche Lebensbeendigung oder Suizidassistenten als Indikator einer gestörten Arzt-Patient-Kommunikation gewertet werden kann. Gründe hierfür liegen nicht zuletzt in einer mangelhaften ärztlichen Ausbildung, in der der Gesprächsführung und der existentiellen Auseinandersetzung des Arztes mit Sterben und Tod (Selbstkonzept und Wertesystem) nicht ausreichend Raum gegeben wird. Denn obwohl Studierende der Medizin seit dem Wintersemester 2003/2004 im Querschnittsbereich »Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin« einen bewerteten Leistungsnachweis erbringen müssen und die Medizinethik damit verpflichtend in das medizinische Curriculum aufgenommen ist,<sup>119</sup> ist die Thematik im Gesamt des Medizinstudiums immer noch nur marginal verortet. Die Wahrnehmungen von Seiten der Studierenden sprechen hier eine eindeutige Sprache.<sup>120</sup> Mit Blick auf die Palliativmedizin ist es zwar erfreulich, dass ethische und existentielle Fragen in den entsprechenden palliativmedizinischen Curricula ausführlicher Raum finden. Aber Palliativmedizin wird nicht an allen deutschen Universitäten im Medizinstudium angeboten. Nur an einzelnen Universitäten (Bonn, Göttingen, München sowie im Modellstudiengang Medizin Aachen) ist Palliativmedizin als Pflichtfach integriert. Außerdem fehlen in den palliativmedizinischen Curricula fast immer die philosophisch-ethischen Grundlagen, die doch die Basis der Auseinandersetzung bilden sollten.<sup>121</sup> Auch die Tatsache, wie knapp in einigen palliativmedizinischen Lehrbüchern ethische und existentielle Fragestellungen behandelt werden, stimmt bedenklich.<sup>122</sup>

Hinzu kommt, dass gerade bei diesen hochsensiblen und komplexen medizinischen Entscheidungssituationen am Lebensende schwerlich standardisiertes Lehrbuchwissen Anwendung finden kann, sondern individuelle Einzelfallentscheidungen zu treffen sind.<sup>123</sup> Die Notwendigkeit eines eher induktiven, an der konkreten Situation orientierten Vorgehens betrifft auch und gerade die ethische Dimension.<sup>124</sup> Deshalb ist bei vielen Ärzten die Unsicherheit in diesen Grenzfragen so groß, dass ethisch vertretbare und medizinisch indizierte Behandlungsoptionen aus Angst vor Fehlentscheidungen und nachfolgenden Sanktionen unterbleiben.<sup>125</sup> Es ist nicht verwunderlich, dass gerade jene medizinischen Studien, die sich mit dem Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid bzw. Tötung auf Verlangen bei Schwerst-

kranken beschäftigen, mit großem Nachdruck eine Intensivierung und Verbesserung der Ausbildung des ärztlichen und pflegenden Personals in den ethischen und existentiellen Fragen, die das selbstbestimmte Sterben am Lebensende betreffen, einfordern.<sup>126</sup> Gerade an diesem Punkt hätte die Theologie mit ihren verschiedenen Fachdisziplinen hervorragende Ressourcen zur Hilfestellung anzubieten. Dass ein solches Angebot auf Seiten der Palliativmedizin Akzeptanz finden dürfte, zeigt schon die WHO-Definition der Palliativmedizin, die ausdrücklich auch den spirituellen Aspekt in den Katalog palliativmedizinischer Betreuungsaufgaben integriert.<sup>127</sup>

#### ANMERKUNGEN

- <sup>1</sup> Prof. Dr. Ulrich Lüke (Direktor des Instituts für Katholische Theologie an der RWTH Aachen; Lehrstuhl für Systematische Theologie) sowie Prof. Dr. Lukas Radbruch (Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Klinikum der RWTH Aachen; Lehrstuhl für Palliativmedizin) habe ich zu danken für die kritische Durchsicht des Manuskripts. Prof. Radbruch hat mir darüber hinaus einen Großteil der im engeren Sinn (palliativ-)medizinischen Forschungsliteratur zur Verfügung gestellt und die Abfassung der entsprechenden Textabschnitte inhaltlich begleitet. Auch dafür herzlichen Dank!
- <sup>2</sup> NATIONALER ETHIKRAT, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*, Berlin 2006, 33.
- <sup>3</sup> Ebd., 57 (Ergänzendes Votum der Ratsmitglieder Losinger, Radtke und Schockenhoff).
- <sup>4</sup> *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*. Vom Senat der SAMW genehmigt am 25. November 2004, in: [http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d\\_RL\\_Sterbehilfe.pdf](http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf). Vgl. ebd.: Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Medizinisch-ethische Grundsätze der SAMW. Vom Senat der SAMW genehmigt am 24. November 2005. Zuletzt eingesehen am 18. Juli 2007.
- <sup>5</sup> *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, in: Deutsches Ärzteblatt 101 (2004) A 1298–1299.
- <sup>6</sup> W. WIELAND, *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik*, Heidelberg 1986.
- <sup>7</sup> T. KRONES/G. RICHTER, *Die Arzt-Patient-Beziehung*, in: S. Schulz/K. Stegleder u. a. (Hrsg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*, Frankfurt a. M. 2006, 94–116.
- <sup>8</sup> J. FEINBERG, *Harm to self*, Oxford 1986, 28–31.
- <sup>9</sup> T. MAPPES/D. DEGRAZIA, *Biomedical Ethics*, New York 2005.
- <sup>10</sup> E. SCHOCKENHOFF, *Töten oder Sterbenlassen*, in: B. Gordijn/H. ten Have (Hrsg.), *Medizin-Ethik und Kultur*, Stuttgart 2000, 459–476, 466 meint, die Unterstellung souveräner Selbstbestimmung in dieser Situation extremer Schwäche beruhe auf »einer abstrakten Konstruktion, die der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins nicht gerecht wird«. P. ZULEHNER, *Für die Freiheit des Sterbens*, in: *Stimmen der Zeit* 219 (2001) 827–836, 831: »Sterbende sind nicht wirklich frei – zumindest nicht in jener Art, wie es sich idealistische Philosophen und bekannte liberale Theologen ausdenken«. Auch T. FUCHS, *Euthanasie und Suizidbeihilfe. Das Beispiel der Niederlande und die Ethik des Sterbens*, in: R. Spaemann/T. Fuchs, *Töten oder sterben lassen?* Freiburg i. Br. 1997, 31–107, 55 verweist warnend auf die »Extremsituation, die alles andere begünstigt als Souveränität, besonnene Überlegung und unbeeinflusste Selbstbestimmung«. Noch deutlicher U. EIBACH, *Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie*, in: *ZfME* 43 (1997) 215–231, 224: »Das Ethos der rationalen Autonomie bietet keinen Schutz für die, die sich nicht mittels ihrer Vernunft selbst bestimmen können, es stellt vielmehr eine Bedrohung der schwächsten Mitglieder der Gesellschaft dar.« Vgl. außerdem U. KÖRTNER, *Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik*, Neukirchen-Vluyn 2001, 136 f.
- <sup>11</sup> J. P. BECKMANN, *Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses*, in: *ZfME* 44 (1998) 143–156.
- <sup>12</sup> Ebd.

- <sup>13</sup> M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Menschenwürdig sterben? Theologisch-ethische Überlegungen zur Sterbehilfediskussion*, in: JBTh 19 (2004) 365–389, 366.
- <sup>14</sup> Das Fürsorgeethos entspringt dem hippokratischen Modell und ist deshalb seit jeher fester Bestandteil des ärztlichen Standeseethos. Leitende Maxime ist das Wohl des Patienten (*salus aegroti suprema lex*). Es ist auch heute noch unverzichtbarer Bestandteil einer gelingenden Arzt-Patienten-Beziehung. Seine immanente Gefahr verdeutlicht die Analogie zur Vater-Kind-Beziehung, die zum negativ konnotierten Begriff des Paternalismus geführt hat: Dann nämlich, wenn der Arzt das Beste für den Patienten auch ohne dessen Wissen und Billigung will. Vgl. G. PÖLTNER, *Grundkurs Medizin-Ethik*, Wien 2002, 89 ff.
- <sup>15</sup> J. P. BECKMANN, *Patientenverfügungen* (Anm. 11), 295.
- <sup>16</sup> R. FOX, *Bewusstlos, aber autonom? Ethische Analyse stellvertretender Entscheidungen für einwilligungsunfähige Patienten*, in: Ethik in der Medizin 16 (2004) Heft 4, 401–414.
- <sup>17</sup> S. HUSEBØ/E. KLASCHIK, *Palliativmedizin*, Heidelberg 2006, 58.
- <sup>18</sup> U. WIESING (Hrsg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Stuttgart 2004, 91–122.
- <sup>19</sup> Vgl. NATIONALER ETHIKRAT, *Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme*, Berlin 2005.
- <sup>20</sup> T. BEAUCHAMP/J. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2001. Zur Debatte um Beauchamp und Childress vgl. M. QUANTE/A. VIETH, *Welche Prinzipien braucht die Medizinethik? Zum Ansatz von Beauchamp und Childress*, in: M. Düwell/K. Steigleder (Hrsg.), *Bioethik. Eine Einführung*, Frankfurt a. M. 2003, 136–151.
- <sup>21</sup> H. KRESS, *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003, 191.
- <sup>22</sup> J. ACH/U. WIESING/G. MARCKMANN, *Sterbehilfe. Einleitung*, in: U. Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin* (Anm. 18), 213–223, 213.
- <sup>23</sup> Dass es dem Nationalen Ethikrat augenscheinlich nicht möglich war, in dieser Frage ein einstimmiges Votum zu erzielen, dokumentiert ihre Strittigkeit eindrucksvoll. Selbst die ethische Bewertung der organisierten Vermittlung von Suizidbeihilfe – etwa durch die Vereine EXIT und »Dignitas« in der Schweiz – ist im Nationalen Ethikrat uneinheitlich. Vgl. NATIONALER ETHIKRAT, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende* (Anm. 2), 43–50, 49. Das juristische Paradox für den Arzt liegt darin, dass zwar nach deutschem Recht die Beihilfe zum Suizid dann nicht strafbar ist, wenn der Suizident eigenverantwortlich und nach reiflicher Überlegung handelt (»Bilanzsuizid«) und selbst die zum Tode führende Ursache setzt, dass aber mit Eintritt der Bewusstlosigkeit die Tatherrschaft auf den anwesenden Arzt übergeht, der dann aufgrund seiner Garantenpflicht zur Hilfeleistung – jetzt im Sinne der Lebensrettung – verpflichtet ist.
- <sup>24</sup> Die Literatur zur Euthanasie in der NS-Zeit ist unüberschaubar. Aus der Fülle an Material sei exemplarisch genannt E. KLEE, »Euthanasie« im NS-Staat, Frankfurt a. M. 1985; K. NOWAK, »Euthanasie« und Sterilisierung im »Dritten Reich«, Göttingen 1984; H. SCHMUHL, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie*, Göttingen 1987.
- <sup>25</sup> Paradigmatisch die medizinischen, ethischen und juristischen Stellungnahmen zum Patientenwunsch nach Abschalten des Beatmungsgerätes bei amyotropher Lateralsklerose (Fallbericht), in: E. Schockenhoff/A. Buch u. a. (Hrsg.), *Medizinische Ethik im Wandel*, Ostfildern 2005, 164–180.
- <sup>26</sup> S. HUSEBØ/E. KLASCHIK, *Palliativmedizin* (Anm. 17), 68. Ebd.: »Das Nichtfortführen oder Nichtergreifen therapeutischer Maßnahmen bei einwilligungsfähigen, aufgeklärten Patienten [...] ist keine passive Sterbehilfe.«
- <sup>27</sup> J. ACH/U. WIESING/G. MARCKMANN, *Sterbehilfe* (Anm. 22), 216.
- <sup>28</sup> G. PÖLTNER, *Grundkurs Medizin-Ethik* (Anm. 14), 252.
- <sup>29</sup> Ebd., 254.
- <sup>30</sup> Ebd., 262 u.ö.
- <sup>31</sup> B. IRRGANG, *Einführung in die Bioethik*, München 2005, 126 f.
- <sup>32</sup> So neben Irrgang und Pöltner auch H. KRESS, *Medizinische Ethik* (Anm. 21), 163–165. M. Zimmermann-Acklin widmet in seiner Dissertation der Suche nach einer tauglichen Begriffsdefinition der Euthanasie ein ganzes Kapitel. M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*, Freiburg i. Ue/Freiburg i. Br. 1997, 91–157.
- <sup>33</sup> NATIONALER ETHIKRAT, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende* (Anm. 2), 54. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Anm. 5) vermeiden die

- Begriffe indirekte und passive Sterbehilfe und definieren den Begriff aktive Sterbehilfe als eine »gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen« (ebd., A 1298).
- <sup>34</sup> A. SIMON, *Sterbehilfe*, in: M. Düwell/K. Steigleder (Hrsg.), *Bioethik* (Anm. 20), 306–313, 311. Aus demselben Grund plädiert auch R. Dworkin für das prinzipielle Recht auf Suizid und Suizidhilfe: »Das Verlangen eines Menschen, gemäß den eigenen Überzeugungen auch sein Lebensende zu gestalten, gehört zentral zum grundsätzlichen Recht, »für sich und persönlich Entscheidungen« fällen zu können. Würde man dieses besondere Interesse nicht beschützen, wäre das grundsätzliche Recht untergraben.« R. DWORKIN u. a., *Hilfe zum Selbstmord, Das Restimee des Philosophen*, in: U. Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin* (Anm. 18), 245–247, 246.
- <sup>35</sup> Vgl. die Darstellung der Argumentationstypen in G. PÖLTNER, *Grundkurs Medizin-Ethik* (Anm. 14), 262 ff.
- <sup>36</sup> J. WOLF, *Sterben, Tod und Tötung*, in: U. Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin* (Anm. 18), 242: Die »Differenz zwischen Handlung und Unterlassung als solche [ist] moralisch bedeutungslos«.
- <sup>37</sup> D. BIRNBACHER, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, 346, »Nach dem, was sonst im Strafrecht gilt, sind die indirekte wie die aktive Sterbehilfe gleichermaßen vorsätzlich und deshalb grundsätzlich gleich zu behandeln.« Ähnlich L. SIEP/M. QUANTE, *Ist die aktive Herbeiführung des Todes im Bereich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen?*, in: A. Holderegger (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*, Freiburg i. Ue./Freiburg i. Br. 2000, 39–56, 54: »Zwischen der Hilfestellung durch Maßnahmen, welche den Tod in Kauf nehmen, und solchen, die ihn bewusst herbeiführen, besteht kein für die ethische Bewertung ausschlaggebender prinzipieller Unterschied.«
- <sup>38</sup> So kommt der Utilitarist P. SINGER, *Praktische Ethik. Neuauflage*, Stuttgart 1994, 267 zu der »Schlussfolgerung, dass es zwischen Töten und Sterbenlassen keinen moralischen Unterschied an sich gibt« und plädiert von daher für die Akzeptanz der aktiven Euthanasie »unter bestimmten Umständen als human und angemessen«.
- <sup>39</sup> H. KRESS, *Medizinische Ethik* (Anm. 21), 184.
- <sup>40</sup> T. FUCHS/H. LAUTER, *Kein Recht auf Tötung*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 94 (1997) A 222–224.
- <sup>41</sup> E. SCHOCKENHOFF, *Grundlegung der Ethik. Ein theologischer Entwurf*, Freiburg i. Br. 2007, 497.
- <sup>42</sup> Ebd., 496. Im Gegensatz zum bloßen Sterbenlassen gilt für die Tötung auf Verlangen: »In der Reihe sämtlicher Antezedenzbedingungen, die erfüllt sein müssen, damit der Tod eintreten kann, ist sein Handeln die letzte, vollständige und auslösende Ursache des Todes.«
- <sup>43</sup> Ebd., 494. In ähnlicher Weise betont F.-J. BORMANN, *Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe*, in: E. Schockenhoff/A. Buch u. a. (Hrsg.), *Medizinische Ethik im Wandel* (Anm. 25), 300–309, 301 unter Bezugnahme auf J. Mackies Theorie des Kausalfeldes den »entscheidende[n] handlungstheoretische[n] Unterschied« zwischen aktiver und passiver Euthanasie.
- <sup>44</sup> G. PÖLTNER, *Grundkurs Medizin-Ethik* (Anm. 14), 272 ff. Eine mittlere Position in dieser Frage nimmt M. Zimmermann-Acklin, *Euthanasie* (Anm. 32), 280 ein, der zufolge zwar rein aufgrund »intrinsischer Faktoren eine moralische Signifikanz der Aktiv-Passiv-Unterscheidung kaum zu begründen ist«, diese moralische Signifikanz aber unter »Einbezug moralpragmatischer und –psychologischer Aspekte« dann doch durchaus gegeben sei.
- <sup>45</sup> Beispiel bei E. SCHOCKENHOFF, *Grundlegung der Ethik* (Anm. 41), 498.
- <sup>46</sup> Appleton Consensus 1989, zitiert in: S. HUSEBØ/E. KLASCHIK, *Palliativmedizin* (Anm. 17), 73.
- <sup>47</sup> Belege bei A. SIMON, *Ethische Probleme am Lebensende*, in: S. Schulz/K. Steigleder u. a. (Hrsg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (Anm. 7), 446–478, 457 f.
- <sup>48</sup> *Deutsches Ärzteblatt* 48 (2001) A 3186.
- <sup>49</sup> J. WILS, *Sterben. Zur Ethik der Euthanasie*, Paderborn 1999, 182.
- <sup>50</sup> Ebd., 243.
- <sup>51</sup> Ebd., 242.
- <sup>52</sup> H. KRESS, *Medizinische Ethik* (Anm. 21), 164.
- <sup>53</sup> *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, Heft 3, 204–207.
- <sup>54</sup> Zum Kemptener Urteil vgl. A. KUHLMANN, *Politik des Lebens – Politik des Sterbens. Biomedizin in der liberalen Demokratie*, Berlin 2001, 176 f.



- <sup>55</sup> G. WÖBKER/W. BOCK, *Apallisches Syndrom – Vegetativer Zustand*, in: A. Holderegger (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben* (Anm. 37), 267–288, 288. Zur PVS-Problematik aus juristischer Sicht vgl. M. NAGEL, *Passive Euthanasie. Probleme beim Behandlungsabbruch bei Patienten mit apallischem Syndrom*, Frankfurt a. M. 2002, und A. THIAS, *Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Sterbens durch Einschränkung und Abbruch medizinischer Behandlung. Eine Untersuchung aus straf- und betreuungsrechtlicher Perspektive unter besonderer Berücksichtigung der Problematik des apallischen Syndroms*, Frankfurt a. M. 2004.
- <sup>56</sup> Urteil des BGH Az. XII ZB 2/03. Beleg bei H. KRESS, *Medizinische Ethik* (Anm. 21), 171.176.
- <sup>57</sup> Alle Zitate aus: *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2004* (Anm. 5), A 1298 f. Das Kemptener Urteil veranlasste die Bundesärztekammer im Jahre 1998, die erst 1993 beschlossenen Richtlinien zur Sterbebegleitung erneut zu novellieren. Obige zitierte Aussagen der aktuellen Fassung von 2004 finden sich daher in ähnlicher Form bereits in der Fassung von 1998. Vgl. Deutsches Ärzteblatt 95 (1998) A 2365–2367. In der Fassung von 1993 wurde der Behandlungsabbruch mit Todesfolge nur dann gebilligt, wenn »der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist«. Deutsches Ärzteblatt 90 (1993) B 1791 f. Zum Einfluss des Kemptener Urteils auf die Richtlinien der Bundesärztekammer vgl. A. KUHLMANN, *Politik des Lebens* (Anm. 54) 178.
- <sup>58</sup> Aus dem Gesetzestext zitiert in S. HUSEBØ/E. KLASCHIK, *Palliativmedizin* (Anm. 17), 96.
- <sup>59</sup> Ebd., 98. Zur Regelung in Belgien vgl. J. JANS, »Sterbehilfe« in den Niederlanden und Belgien. *Rechtsslagen, Kirchen und ethische Diskussion*, in: ZEE 46 (2002) 283–300.
- <sup>60</sup> M. BOBBERT, *Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen: Argumente gegen eine rechtliche Zulassung*, in: M. Düwell/K. Steigleder (Hrsg.), *Bioethik* (Anm. 20), 314–322, 317.
- <sup>61</sup> Ebd., 318.
- <sup>62</sup> Die Problematik spiegelt sich auch – vom Autor gewiss ungewollt – bei J. WILS, *Sterben* (Anm. 49), 242 f, der zwar emphatisch betont, für die Zulässigkeit von Sterbehilfe müsse »der Zustand des Patienten so gewertet werden können, dass der Sterbeprozess begonnen hat«, dieses Kriterium aber im unmittelbaren Anschluss für die Spätphase einer Alzheimer-Erkrankung sofort wieder aufhebt.
- <sup>63</sup> Aus diesem Grund wenden sich die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Anm. 5) programmatisch bereits in der Präambel nicht nur gegen die Tötung auf Verlangen, sondern auch gegen die Suizidbeihilfe durch Ärzte: »Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.«
- <sup>64</sup> H. KRESS, *Medizinische Ethik* (Anm. 21), 184.
- <sup>65</sup> D. BIRNBACHER, *Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe?*, zitiert in: G. Pöltner, *Grundkurs Medizin-Ethik* (Anm. 14), 277.
- <sup>66</sup> U. WIESING, *Ist aktive Sterbehilfe »unärztlich«?*, in: A. Holderegger (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben* (Anm. 37) 229–241, 239.
- <sup>67</sup> Ebd., 241. Allerdings wendet sich Wiesing, wie er ebd. andeutet, aus pragmatischen Gründen gegen eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe.
- <sup>68</sup> G. PÖLTNER, *Grundkurs Medizin-Ethik* (Anm. 14), 278 f.
- <sup>69</sup> Ebd., 280. Und weiter heißt es ebd.: Euthanasieunwillige müssten »sehr wohl fürchten, möglicherweise nicht-freiwillig getötet zu werden. Ihnen wird statt des prinzipiellen Vertrauens-könnens die Prüfung der Vertrauenswürdigkeit zugemutet, bevor sie sich in die Hände eines Arztes begeben.«
- <sup>70</sup> H. KRESS, *Medizinische Ethik* (Anm. 21), 184.
- <sup>71</sup> G. PÖLTNER, *Grundkurs Medizin-Ethik* (Anm. 14), 279.
- <sup>72</sup> P. ZULEHNER, *Für die Freiheit des Sterbens* (Anm. 10), 831 weist auf diesen Umstand hin: »Die Diskussion [...] in den Niederlanden hat auch das Nebenziel, in Einzelfällen die Pflegezeit für Sterbende zu verkürzen.« Im Hintergrund steht der empirische Befund der so genannten Remmelink-Studie aus dem Jahr 1990, dass als ärztliches Handlungsmotiv für eine nichtfreiwillige Lebensbeendigung zumindest in einem Fall auch das ökonomische Kriterium des Bettenmangels angegeben wurde. M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Das niederländische Modell – ein richtungweisendes Konzept?*, in: A. Holderegger (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben* (Anm. 37), 345–364, 356.

- <sup>73</sup> P. VAN DER MAAS/J. VAN DELDEN/L. PIJENBORG, *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*, in: *Health Policy* 22 (1992) 1 + 2, Special Issue (Health Policy Monographs, Vol. 2), 1–262. Eine erste Übersicht dieser als Rummelink-Report bekannt gewordenen Studie erschien bereits 1991, in: *The Lancet* 338 (1991) 669–674.
- <sup>74</sup> P. VAN DER MAAS/G. VAN DER WAL/I. HAVERKATE u. a., *Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995*, in: *New England Journal of Medicine* 335 (1996) 1699–1705.
- <sup>75</sup> G. VAN DER WAL u. a., *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De Tijdstroom*, Utrecht 2003. Beleg bei A. SIMON, *Ethische Probleme am Lebensende* (Anm. 47), 466.477.
- <sup>76</sup> Detaillierte Analysen der Studien von 1990 und 1994 finden sich bei M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Das niederländische Modell – ein richtungweisendes Konzept?* (Anm. 72), hier 353 sowie DERS., *Euthanasie* (Anm. 32), 390–417. M. ZIMMERMANN-ACKLIN (ebd., 394) zufolge wissen die Herausgeber der niederländischen Studien zwar um die Problematik einer klaren Abgrenzung, wehren sich aber gegen eine simple Addition der Zahlen.
- <sup>77</sup> M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Euthanasie* (Anm. 32), 396. Ebd., 390 ff bringt der Autor eine Vielzahl an unterschiedlichsten Einschätzungen zu den niederländischen Zahlen. Ebenso ders., *Das niederländische Modell – ein richtungweisendes Konzept?* (Anm. 72), 362 – auch hier mit weiteren Stimmen zur Interpretation der Daten.
- <sup>78</sup> M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Euthanasie* (Anm. 32), 417.
- <sup>79</sup> Zahlen und Belege bei A. SIMON, *Ethische Probleme am Lebensende* (Anm. 47), 467 f.
- <sup>80</sup> A. KUHLMANN, *Politik des Lebens* (Anm. 54), 194.
- <sup>81</sup> A. SIMON, *Ethische Probleme am Lebensende* (Anm. 47), 468. Laut L. FEIKEMA, *Terminale Sedierung im Sinne des niederländischen »Poldermodells«*, in: *Ethik in der Medizin* 16 (2004) 392–400, 398, befürwortet die Königliche Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Medizin (KNMG) die Tötung auf Verlangen auch bei Demenzzfällen, vorausgesetzt, die Diagnose ist zwar gestellt, der Patient aber noch einwilligungsfähig.
- <sup>82</sup> NATIONALER ETHIKRAT, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende* (Anm. 2), 15.
- <sup>83</sup> SAMW, *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* (Anm. 4), 6.
- <sup>84</sup> SAMW, *Zur Praxis der Suizidbeihilfe in Akutspitälern: die Position der SAMW*. Veröffentlicht am 06. Februar 2006, einzusehen unter [www.samw.ch/docs/Publikationen/d\\_SuizidbeihilfeAkutspital06.pdf](http://www.samw.ch/docs/Publikationen/d_SuizidbeihilfeAkutspital06.pdf). Zuletzt eingesehen am 18. Juli 2007.
- <sup>85</sup> Ebd.
- <sup>86</sup> Vgl. Anm. 34.
- <sup>87</sup> Diese Differenz findet sich bei M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Euthanasie* (Anm. 32), 393–411.
- <sup>88</sup> D. ROY, *Ethische Fragen in der Palliativmedizin*, in: E. Aulbert/D. Zech (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Stuttgart 2000, 24–54, 26.
- <sup>89</sup> L. MATERSTVEDT/D. CLARK u. a., *Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force*, in: *Palliative Medicine* 17 (2003) 97–101, 99. Vgl. A. SIMON, *Ethische Probleme am Lebensende* (Anm. 47), 462–464. Dort weitere aktuelle Literatur zum Thema terminale Sedierung.
- <sup>90</sup> J. RIETJENS/A. VAN DER HEIDE u. a., *Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands*, in: *Annals of Internal Medicine* 141 (2004) 178–185.
- <sup>91</sup> J. BILLINGS/S. BLOCK, *»Slow Euthanasia«*, in: *Journal of Palliative Care* 12 (1996) 21–30.
- <sup>92</sup> L. FEIKEMA, *Terminale Sedierung im Sinne des niederländischen »Poldermodells«* (Anm. 81), 396.
- <sup>93</sup> D. BIRNBACHER, *Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rollen*, in: *Ethik in der Medizin* 16 (2004) 358–368.
- <sup>94</sup> G. DEN HARTOGH, *Zur Unterscheidung von terminaler Sedierung und Sterbehilfe*, in: *Ethik in der Medizin* 16 (2004) 378–391.
- <sup>95</sup> G. NEITZKE/A. FREWER, *Sedierung als Sterbehilfe? Zur medizinischen Kultur am Lebensende*, in: *Ethik in der Medizin* 16 (2004) 323–333, 327.
- <sup>96</sup> M. GILLICK, *Terminal Sedation: An Acceptable Exit Strategy?*, in: *Annals of Internal Medicine* 141 (2004) Heft 3, 236–237. In die gleiche Richtung argumentieren auch Neitzke und Frewer (Anm. 95), 329.
- <sup>97</sup> G. NEITZKE/A. FREWER, *Sedierung als Sterbehilfe?* (Anm. 95), 329 f.

- <sup>98</sup> Mündliche Mitteilung von Prof. Dr. Lukas Radbruch, Direktor der Klinik für Palliativmedizin der Uniklinik Aachen.
- <sup>99</sup> A. DE GRAEFF/M. DEAN, Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards, in: *Journal of Palliative Medicine* 10 (2007) 67–85.
- <sup>100</sup> E. BELEITES, *Wegweiser für ärztliches Handeln*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998) A–2365 f.
- <sup>101</sup> S. HUSEBØ/E. KLASCHIK, *Palliativmedizin* (Anm. 17), 77.
- <sup>102</sup> Auskunft von Prof. Radbruch, Direktor der Klinik für Palliativmedizin Aachen.
- <sup>103</sup> G. NEITZKE/A. FREWER, *Sedierung als Sterbehilfe?* (Anm. 95), 330. Vgl. hierzu auch das Themenheft »Ernährung am Lebensende«, in: *Ethik in der Medizin* 16 (2004), Heft 3.
- <sup>104</sup> Vgl. B. IRRGANG, *Einführung in die Bioethik* (Anm. 31), 131; M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Menschenwürdig sterben?* (Anm. 13), 382.
- <sup>105</sup> S. HUSEBØ/E. KLASCHIK, *Palliativmedizin* (Anm. 17), 120 f.
- <sup>106</sup> J. GEORGES/B. ONWUTEAKA-PHILIPSEN u. a., *Differences between terminally ill cancer patients who died after euthanasia had been performed and terminally ill cancer patients who did not request euthanasia*, in: *Palliative Medicine* 19 (2005) 578–586, 578.
- <sup>107</sup> K. WILSON/J. SCOTT u. a., *Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide*, in: *Arch Intern Med* 160 (2000) 2454–2460.
- <sup>108</sup> B. DALY/J. HOOKS u. a., *Thoughts of hastening death among hospice patients*, in: *The journal of clinical ethics* 11 (2000) 56–65.
- <sup>109</sup> H. MÜLLER-BUSCH/T. JEHSER, *What to do when patients request for euthanasia in palliative care?*, in: *Palliative Medicine* 18 (2004) 357 sowie D. VOLKER, *Assisted dying and end-of-life symptom management*, in: *Cancer Nurs* 26 (2003) 392–399.
- <sup>110</sup> J. GEORGES/B. ONWUTEAKA-PHILIPSEN u. a., *Differences between terminally ill cancer patients* (Anm. 106), 584: »In conclusion, it appears that the number of symptoms and the severity of certain symptoms [...] clarify why the patients in the study population requested euthanasia.«
- <sup>111</sup> J. GEORGES/B. ONWUTEAKA-PHILIPSEN u. a., *Requests to forgo potentially life-prolonging treatment and to hasten death in terminally ill cancer patients: a prospective study*, in: *Journal of pain and symptom management* 31 (2006) 100–110.
- <sup>112</sup> P. HUDSON/L. KRISTJANSON u. a., *Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review*, in: *Palliative Medicine* 20 (2006) 693–701.
- <sup>113</sup> R. KOHLWES/T. KOEPEL u. a., *Physicians' responses to patients' requests for physician-assisted suicide*, in: *Arch Intern Med* 161 (2001) 657–663.
- <sup>114</sup> Es ist bemerkenswert, dass Hospizfreiwillige in statistisch signifikantem Maß dem ärztlich assistierten Suizid eher unterstützend gegenüberstehen als Vergleichspersonen, die nicht in der Hospizarbeit tätig sind. P. ZEHNDER/D. ROYSE, *Attitudes toward assisted suicide: A survey of hospice volunteers*, in: *The Hospice Journal* 14 (1999) Heft 2, 49–63.
- <sup>115</sup> B. KELLY/P. BURNETT u. a., *Doctors and their patients: a context for understanding the wish to hasten death*, in: *Psychooncology* 12 (2003) 375–384 sowie B. KELLY/P. BURNETT u. a., *Association between clinician factors and a patients' wish to hasten death: terminally ill cancer patients and their doctors*, in: *Psychosomatics* 45 (2004) 311–318.
- <sup>116</sup> P. HUDSON/L. KRISTJANSON u. a., *Desire for hastened death* (Anm. 112), 697: »Nonetheless, the findings reinforced the importance of very good clinician communication skills in dealing with a DTDS« (= desire to die statement).
- <sup>117</sup> N. COYLE/L. SCULCO, *Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry*, in: *Oncol Nurs Forum* 31 (2004) 699–709.
- <sup>118</sup> B. KELLY/P. BURNETT u. a., *Terminally ill cancer patients' wish to hasten death*, in: *Palliative Medicine* 16 (2002) 339–345.
- <sup>119</sup> N. BILLER-ADORNO/G. NEITZKE u. a., *Lehrziele »Medizinethik im Medizinstudium«*, in: *Ethik in der Medizin* 15 (2003) 117–121. Erste Erfahrungsberichte aus der Praxis bietet das Themenheft »Ethik im Medizinstudium«, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50 (2004) Heft 1.
- <sup>120</sup> Vgl. B. SCHMENK, *Medizinethik – ein Ladenhüter im Studium? Eine Umfrage*, in: G. Färber-Töller/S. Lüderitz/B. Schmenk (Hrsg.), *Medizinethik im Spannungsfeld. Studium, Profession, Gesellschaft*. Aachen 2004, 155–162.
- <sup>121</sup> Vgl. B. UEBACH, *Basiscurriculum Palliative Care. Eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen* (hrsg. M. Kern/M. Müller/K. Aurnhammer), Bonn 2004. M. MÜLLER/M. KERN/F. NAUCK/E.

- KLASCHIK (Hrsg.), *Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger in Palliativmedizin*, Bonn 1997.
- <sup>122</sup> Der Leitfaden Palliativmedizin von Bausewein, Roller und Voltz enthält zwar ein großes Kapitel über Kommunikationstechniken, aber keinen Abschnitt über ethische und existentielle Fragestellungen. Das Kapitel über spirituelle Aspekte liefert lediglich knappe Sachinformationen über den Umgang der großen Weltreligionen mit Krankheit, Sterben und Tod. Vgl. C. BAUSEWEIN/S. ROLLER/R. VOLTZ (Hrsg.), *Leitfaden Palliativmedizin*, München 2000. Der Abschnitt über ethische Fragen in dem über tausend Seiten starken Lehrbuch der Palliativmedizin von Aulbert und Zech (Anm. 88) umfasst gerade einmal 31 Seiten. Eine löbliche Ausnahme dagegen bildet das von Husebø und Klaschik herausgegebene Standardwerk zur Palliativmedizin (Anm. 17).
- <sup>123</sup> S. HUSEBØ/E. KLASCHIK, *Palliativmedizin* (Anm. 17) 81 f.
- <sup>124</sup> D. ROY, *Ethische Fragen in der Palliativmedizin* (Anm. 88) 28.
- <sup>125</sup> So die These von Wilhelm Uhlenbruck, einem Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht, in: H. KRESS, *Medizinische Ethik* (Anm. 21), 165 f. Ähnlich auch die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats (Anm. 2), 17.
- <sup>126</sup> J. GEORGES/B. ONWUTEAKA-PHILIPSEN u. a., *Requests to forgo potentially life-prolonging treatment* (Anm. 111), 109: »Physicians caring for patients at the end of life [...] need expertise not only in controlling patients' physical symptoms [...] but also in addressing patients' psychosocial problems and concerns, their search for meaning, and in preserving their dignity.« P. HUDSON/L. KRISTIANSON u. a., *Desire for hastened death* (Anm. 112), 693: »research should focus on studies with patients who have actually made a desire to die statement and the development of guidelines to help health professionals respond.« Ähnlich auch P. HUDSON/P. SCHOFIELD u. a., *Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals*, in: *Palliative Medicine* 20 (2006) 703–710, hier 704. Vgl. auch B. DALY/J. HOOKS u. a.: *Thoughts of hastening death* (Anm. 108), 64.
- <sup>127</sup> L. MATERSTVEDT/D. CLARK u. a., *Euthanasia and physician-assisted suicide* (Anm. 89), 98.