

AUTONOMIE AM LEBENSENDE: REALITÄT, IDEAL, ILLUSION?

Vortrag im Rahmen der 6. Süddeutschen Hospiztage
Selbstbestimmung bis zuletzt – wer hat am Lebensende die Regie?
im Diözesanbildungshaus St. Bernhard
in Rastatt
am 30. Juni 2005

AXEL W. BAUER

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer
Koordinator des Querschnittbereichs
Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
der Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 327
69120 Heidelberg
Telefon: (06221) 54 48 16
Telefax: (06221) 54 54 57
E-mail: awb@uni-hd.de
Homepage: <http://www.awbauer.uni-hd.de>

RASTATT 2005

Der „natürliche“ Tod als Schreckensszenario

Nur wenige Szenarien lösen auch in der westlichen Konsum- und Leistungsgesellschaft so substanzielle, ja archaische Ängste aus wie der Gedanke an den trotz allen medizinischen Fortschritts eines Tages unvermeidlich heran nahenden eigenen Tod. Als gesunde Bürger sind wir es gewohnt, unsere Entscheidungen „frei“ und „autonom“ zu treffen. Was passiert aber, wenn diese Selbständigkeit und Unabhängigkeit durch eine schwere Krankheit eingeschränkt wird?

In einem 1998 publizierten Illustrierten-Interview propagierte der Schriftsteller Martin Walser (geb. 1927) mit folgenden Worten den Selbstmord: „Ich finde es toll. Ich möchte nicht eines natürlichen Todes sterben, weil der natürliche Tod der schlimmst mögliche ist“ [22]. Walser ließ hier implizit einen sehr hohen, vielleicht den höchsten Leitwert unserer westlichen Zivilisation anklingen, nämlich die „absolute Autonomie“ des „freien Individuums“, die zuletzt in der souveränen Entscheidung über den Zeitpunkt des eigenen Todes ihren Ausdruck finden soll. Allerdings erfreute sich der damals 71-jährige Autor offenbar guter Gesundheit, ein Zustand, in dem es sich leicht und souverän über das in ungewisser Zukunft und hoffentlich in weiter Ferne liegende Lebensende spekulieren lässt. Wenn es jedoch wirklich Ernst wird, dann sieht die gesundheitliche Lage ganz anders aus. Die Handlungsfähigkeit ist durch eine schwere Krankheit, durch starke Schmerzen, durch Hoffnungslosigkeit, durch das elementare Gefühl der Angst oder schlicht durch eine länger anhaltende Bewusstlosigkeit erheblich eingeschränkt. Hier stellt sich nicht selten die ethisch relevante Frage: Ist eine weitere medizinische Therapie noch sinnvoll?

Wann ist eine Therapie „sinnlos“? Eine komplexe Mischung aus Tatsachen und Wertungen

Therapiebegrenzung und Therapieabbruch wegen Aussichtslosigkeit einer Behandlung sind extreme ärztliche Handlungsoptionen, die zweifellos einer besonders sorgfältigen Indikationsstellung bedürfen [5, 29, 30]. Und doch geht es dabei nicht nur um den naturwissenschaftlich geschulten medizinischen Sachverstand, der hier gefordert ist. Hinter der auf den ersten Blick lediglich beschreibenden Aussage von der „Aussichtslosigkeit“ oder „Sinnlosigkeit“ einer Therapie verbirgt sich nämlich ein recht komplexes Wertungsproblem. Bezeichnungen wie „zwecklos“, „sinnlos“, „vergeblich“ etc. beziehen sich nicht nur auf gesicherte medizinische Tatsachen [3]; wo es um einfache Fakten zu gehen scheint, spielen im Hintergrund individuelle und rollentypische Einstellungen der beteiligten Akteure (Ärzte, Patienten, Pflegepersonal, Angehörige) auf subtile Weise eine ganz entscheidende Rolle.

Können Ärzte überhaupt jemals das Urteil ethisch rechtfertigen, einem Patienten sei eine bestimmte lebenserhaltende Therapie wegen „Sinnlosigkeit“ („Futility“) vorzuenthalten? Es wird zum Beispiel darüber gestritten, welches harte Kriterium für die Annahme von „Sinnlosigkeit“ angelegt werden soll [16, 25, 32]. Zwar stimmt man darin überein, dass Interventionen mit einer Erfolgsaussicht von 0% sinnlos sind, aber in den meisten Situationen, die als „hoffnungslos“ beschrieben werden, liegt die statistische Erfolgsaussicht einer Therapie stets ein wenig über der Nulllinie. Wie viel Prozent sind also noch „sinnlos“ - ein Prozent, zwei Prozent, fünf Prozent, zehn Prozent? Jede derartige Grenzziehung bleibt grundsätzlich angreifbar [17, 23, 27, 33]. Was nämlich ist das Kriterium für die Bewertung als „sinnlos“, wie misst man „Sinnlosigkeit“ quantitativ? In der Regel dürfte es sich bei derartigen Urteilen überwiegend um individuelle Lageeinschätzungen handeln, bei denen der Zustand

der betroffenen Patienten vor dem empirischen Hintergrund vergleichbarer voraus gegangener Fälle eine Rolle spielt. Die subjektive Einstellung des Arztes kann indessen aus diesem Urteil nicht eliminiert werden, sie ist vielmehr bereits ein Teil der Situationsbeschreibung.

Ärztliche Indikationen sind nun einmal keine absoluten Werte, die man an einem Messgerät exakt ablesen könnte. Hinter ihnen verbergen sich vielmehr explizite und implizite Wertentscheidungen, die in Zeiten der Ressourcenknappheit im stationären Sektor auch von ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Es ist zu befürchten, dass künftig noch stärker als bisher versucht werden wird, klinische Rationierungsentscheidungen nach scheinbar wertneutralen, weil auf den ersten Blick „objektiven“ Parametern zu treffen. Als Maß dafür bietet sich die Kosteneffektivität an, denn sie sagt uns, wie viel Geld ein zusätzlich gewonnenes Lebensjahr kostet, wenn eine bestimmte Therapiemaßnahme angewandt wird.

Berechnet man die Kosteneffektivität nach „qualitätskorrigierten“ Lebensjahren (QALY's), so zeigt sich ihre große Variabilität in Abhängigkeit von der gewählten Messmethode. Dies wird besonders dann zu ethisch fragwürdigen Resultaten führen, wenn Kostenvergleiche nicht mehr nur *intraindividuell* (Therapie A oder Therapie B für die Patientin Müller?), sondern *interindividuell* (Therapie A für die Patientin Maier oder Therapie A für den Patienten Schmidt?) durchgeführt werden. Bei der Kosteneffektivität handelt es sich um ein utilitaristisches Maß, das immer nur genau diejenigen Parameter widerspiegelt, die bei seiner Kalkulation berücksichtigt worden sind. Man kann provokativ formulieren: „Sage mir, welches Resultat Du hören willst, und ich sage Dir, welche Parameter Du zu diesem Zweck in Deine Rechnung einstellen musst“.

Es wird deutlich, worin der moralische Preis utilitaristischer Kosten-Nutzen-Kalküle läge: Die vordergründig größere Objektivität und scheinbare Neutralität der ärztlichen Entscheidung könnte nur dadurch erreicht werden, dass man das Leben eines Patienten mit dem Leben anderer Patienten durch interindividuelle Kostenvergleiche verrechnete. Dies wäre aber eine Verletzung nicht nur des Lebensrechts, sondern auch eine Gefahr für die Menschenwürde. Die Berechnung der interindividuellen Kosteneffektivität ist also kein glücklicher Ausweg, um die Feststellung der „Aussichtslosigkeit“ einer Behandlungsmaßnahme nicht mehr als ein Werturteil ansehen zu müssen. Doch wer vermag ein derartiges Urteil dann legitimer Weise zu fällen? Die Lösung etwa des bedrückenden Kapazitätsproblems in der Intensivmedizin, aber auch in der Palliativmedizin – das heißt also relativ wenig Personal und relativ wenig Betten, aber (zu) viele potenzielle Patienten – kann vermutlich überhaupt nicht durch einen mathematischen Algorithmus gefunden werden; sie muss vielmehr politisch erfolgen. Vor allem müssen die adäquaten finanziellen und personellen Ressourcen vorgehalten werden, die in diesem Bereich zwingend erforderlich sind. Stattdessen aber wird in der rechtspolitischen Agenda im Augenblick bevorzugt über das Thema „Selbstbestimmung am Lebensende“ debattiert.

Autonomie am Lebensende - ein ethischer Begriff in rechtlicher Perspektive

Kontroverse Diskussionen um Sinn, Nutzen und Grenzen medizinischer Behandlung bei Patienten, die sich in Folge schwerer Erkrankung unaufhaltsam dem Lebensende nähern, sind um so stärker in Gang gekommen, je mehr die therapeutischen Möglichkeiten ausgeweitet werden konnten. Stets geht es dabei im Vordergrund – zumindest rhetorisch – um die Wahrung der *Autonomie* von betroffenen Patientinnen und Patienten. Doch was bedeutet dieser wohl klingende Begriff angesichts eines oft nicht mehr selbst entscheidungsfähigen schwer kranken Menschen? Autonomie ist in medizinethi-

schen und medizinrechtlichen Zusammenhängen zunächst als ein Abwehrrecht aufzufassen, das verhindern soll, dass Handlungen gegen den Willen des Patienten vorgenommen werden können. In dieser „Minimalvariante“ der Autonomie präsentierte sich nach Meinung des Medizinethikers Howard Brody jene Botschaft der ersten Jahre der modernen Medizinethik, die in der Öffentlichkeit am meisten wahrgenommen wurde, weil sie im Gegensatz zu den traditionellen Werten Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit als der einzig innovative moralische Wert erschien. Damit wurde *Autonomie* zu einem neu in die Diskussion eingebrachten Prinzip [6, 20].

In den letzten Jahren hat sich eine Tendenz gezeigt, die Selbstbestimmung des Patienten in medizinischen Debatten fast solitär in den Vordergrund zu stellen. Vermutlich liegt eine gewisse Tragik dieser Entwicklung darin, dass es ausgerechnet das Thema *Sterbehilfe* war und ist, an dem sich diese Autonomie vorrangig bewähren soll. Man gewinnt bisweilen den Eindruck, dass Autonomie in der Medizinethik und zunehmend auch in der Rechtspolitik zu identifizieren sei mit einem moralischen Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt. Eine solche Verkürzung der Selbstbestimmung wäre jedoch eine zynische Verkehrung dieses Begriffs, der die Medizinethik keinen Vorschub leisten sollte. Nicht ohne Grund ist es in den USA bereits dahin gekommen, dass der dort an Krankenhäusern regelmäßig anzutreffende Klinische Ethiker den Spitznamen „Doctor Death“ erhalten hat, weil er in der Regel erst dann in Erscheinung tritt, wenn es darum geht, einen geplanten Therapieabbruch zu legitimieren.

Mir ist die ständig wiederholte Rede vom autonomen Sterben indessen suspekt. Während die tatsächlichen Freiheitsrechte der Bürger derzeit zunehmend geringer werden, beispielsweise auf dem Arbeitsmarkt oder durch restriktive sozialpolitische Maßnahmen („Hartz IV“), redet man uns ein,

bisher ungeahnte Spielräume ausgerechnet beim Sterben zu haben. „Wohin mit Oma?“, so fragte passend dazu die Titelgeschichte des SPIEGEL vom 9. Mai 2005, in der über den Pflege-Notstand in Deutschland berichtet wurde. Und ein Leserbriefschreiber merkte dazu im folgenden Heft an: „Gerade weil Ihr Beitrag fair und realistisch ist, bleibt wohl nur eine Konsequenz: lieber rechtzeitiger Abgang als die Beisetzung in einem Altersheim“.

Mittlerweile hat sich in Deutschland ja eine sehr komplizierte straf- und zivilrechtliche Situation ergeben, die für Patienten, Angehörige, Betreuer und Ärzte nicht mehr ohne die Hilfe eines im Medizinrecht bewanderten Juristen zu verstehen ist. Dabei geht es im Kern um die Frage, ob und wie das Recht auf Selbstbestimmung eines nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten so in die Hände stellvertretender Dritter gelegt werden kann, dass diese die Wünsche des Betroffenen zutreffend zum Ausdruck bringen und sie wirkungsvoll durchsetzen.

In der Praxis läuft das Problem vor allem darauf hinaus, dass geklärt werden muss, ob Vormundschaftsrichter, Angehörige oder Ärzte über Leben und Tod eines schwer erkrankten und nicht mehr selbst entscheidungsfähigen Patienten befinden sollen. Hierzu war am 17. März 2003 ein Beschluss des XII. Zivilsenats des Bundesgerichtshofes (BGH) in Karlsruhe ergangen (XII ZB 2/03). Nach diesem Beschluss müssen im Falle der Einwilligungsunfähigkeit eines Patienten, dessen Grundleiden einen „irreversibel tödlichen Verlauf“ angenommen hat, lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor etwa in Form einer Patientenverfügung geäußerten Willen entspricht. Die Würde des Menschen gebietet – so der BGH – sein Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist. Ist ein gesetzlicher Betreuer nach §§ 1896 ff. BGB bestellt worden, so kann dieser seine

Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder lebensverlängernde Behandlung nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts verweigern.

Das Gericht betonte aber auch, dass für eine Einwilligung des Betreuers in eine lebensverlängernde oder lebenserhaltende Behandlung von vornherein kein Raum sei, „wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung nicht angeboten wird – sei es, dass sie nach Auffassung der behandelnden Ärzte von vornherein nicht indiziert, sinnlos geworden oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist“ (S. 24 des Beschlusses vom 17.3.2003). Gerade aus dieser Feststellung des Bundesgerichtshofs könnte angesichts der Kostendämpfungs-Politik im Gesundheitswesen eine Gefahr für das Leben schwer erkrankter Patienten resultieren: Denn was geschieht, wenn es zu einer „unheilvollen Allianz“ zwischen Angehörigen/Betreuern und Ärzten kommt, weil die Ärzte – zum Beispiel aus Kostengründen – eine teure Behandlung nicht mehr „anbieten“ und weil die Angehörigen/Betreuer hiergegen – sei es aus Naivität oder aus (Des-)Interesse - nicht mehr protestieren? In einem solchen Fall kann - zumindest in der Praxis – schon heute kein Gericht mehr verhindern, dass der Patient sterben muss. Denn wo kein Antragsteller ist, da entscheidet auch kein Vormundschaftsrichter.

Mehr Autonomie durch Patientenverfügungen?

Wie können Bürgerinnen und Bürger ihr Recht auf Selbstbestimmung bei Zeiten so wahrnehmen, dass ihr tatsächlicher Wille im Fall eines späteren medizinischen Behandlungsdilemmas unmissverständlich zum Ausdruck kommt? Verstärkt wird seit einigen Jahren auf die steigende Bedeutung von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen als Entscheidungshilfen hingewiesen [1].

Eine *Patientenverfügung* ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Verfügende bestimmen, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt werden sollen [7, 14].

Mit einer *Vorsorgevollmacht* kann jemand für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn zu treffen. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf einen möglichen Therapieabbruch erstreckt. Seit dem 1. März 2005 können Bürgerinnen und Bürger aufgrund der neuen *Verordnung über das Zentrale Vorsorgeregister* (VRegV) ihre Vorsorgevollmacht über das Internet (<http://www.vorsorgeregister.de>) oder per Post im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer eintragen lassen. Die Notare hatten bereits 2003 auf freiwilliger Basis mit dem Aufbau eines Datenbestandes begonnen, der bis Ende Februar 2005 insgesamt 230.000 Vorsorgevollmachten enthielt, täglich kommen jetzt Dutzende neuer hinzu. Damit ist ein höheres Maß an Sicherheit dafür gewährleistet, dass eine Vorsorgevollmacht im Bedarfsfall auch zur Geltung kommen kann.

Die *Betreuungsverfügung* ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben fixiert sein. Es ist auch möglich, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung in einem Schriftsatz miteinander zu kombinieren [23].

Seit einigen Jahren wächst das Bedürfnis, gegen einen langsamen Sterbeprozess, den man nicht mehr selbst steuern und beeinflussen kann, rechtliche Vorkehrungen zu treffen. Nach einer Umfrage der *Deutschen Hospiz Stiftung* befürworteten 2001 etwa 80 Prozent der Deutschen das Instrument der Patientenverfügung. Doch nur etwa 7 von rund 82 Millionen Einwohnern, also etwa 8,5 Prozent, haben tatsächlich selbst eine solche Verfügung ausgefüllt [8]. Von der Theorie zur Praxis ist es gerade bei diesem Thema ein weiter Schritt. Es scheint, als wiege sich eine große Mehrheit der Bundesbürger zwar auf demoskopische Nachfrage gerne in der Illusion einer absoluten Autonomie am Lebensende, doch sieht es gleichwohl so aus, als wollten die meisten von ihnen die Probe aufs Exempel dann lieber doch nicht riskieren. Ist das nun pure Irrationalität, oder steckt dahinter doch so etwas wie eine richtige Intuition?

Am mangelnden Angebot kann diese Diskrepanz jedenfalls nicht liegen: Über hundert Organisationen, von der Caritas bis zur Seniorenvereinigung der Stadt Wiesbaden, bieten inzwischen Vordrucke an, die das „autonome“ Sterben regeln sollen. Im Internet kann man sich Formulare herunterladen, die an einen Bestellzettel erinnern: „Ich will künstlich ernährt werden: ja/nein; beatmet werden ja/nein; wiederbelebt werden: ja/nein“. Ein Formular der Landesbetriebskrankenhäuser Hamburg stellte die folgenden hohen Anforderungen an ein lebenswertes Leben: „Unverzichtbar ist für mich ein Leben, an dem ich mit wachem Bewusstsein und der Fähigkeit zu sozialer Interaktion teilnehmen kann“.

Derartig allgemeine und generalklauselartige Willensbekundungen sind keine Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt, da die Umstände, unter denen sie verfasst wurden, nicht bekannt sind und da die unvorhersehbare individuelle und spezifische Situation eines Patienten in gesunden Tagen

kaum treffend und im Detail korrekt antizipiert werden kann. Es muss aber verhindert werden, dass durch ungenau und dilettantisch abgefasste Patientenverfügungen Raum für eine verschleierte Fremdbestimmung eröffnet wird. Für eine wirksame Patientenverfügung wären deshalb formelle und verfahrensmäßige Sicherungen zu fordern, durch die gewährleistet würde, dass eine einmal geäußerte Erklärung als noch aktuell gültige Willensbestimmung verstanden werden kann. Dazu bedürfte es nicht nur einer umfassenden medizinischen und rechtlichen Beratung, sondern auch einer wiederholten Bekräftigung innerhalb überschaubarer Zeiträume.

In diesem Kontext sind einige demoskopische Befunde zum Thema *Sterbehilfe* bemerkenswert. Trotz der in der Bundesrepublik Deutschland herrschenden restriktiven Gesetzeslage zur Strafbarkeit der *Tötung auf Verlangen* nach § 216 StGB gibt es eine deutliche Mehrheit in der Bevölkerung, die *aktive Sterbehilfe* durchaus befürwortet. Glaubt man einer Längsschnittstudie des *Instituts für Demoskopie Allensbach*, dann hat sich diese Mehrheit in Westdeutschland zwischen 1973 und 2001 von 53% auf 64% erhöht, in Ostdeutschland betrug sie im Jahre 2001 sogar 80%. Die von den Demoskopen hierzu gestellte Frage lautete: „Soll ein schwer kranker Patient im Krankenhaus das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass der Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt?“ Der vorgegebenen Antwort „Über Leben und Tod darf nur Gott, man kann auch sagen das Schicksal, entscheiden. Das Leben ist heilig und muss es auch bleiben“ stimmten nur noch 14% der Protestanten und 18% der Katholiken zu [13].

Zu einem differenzierteren Ergebnis gelangten Wissenschaftler der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Leipzig in einer 2003 veröffentlichten Repräsentativbefragung der deutschen Bevölkerung zu den Formen der ärztlichen Sterbehilfe

[26]. In dieser Untersuchung zeigte sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der generellen Zustimmung zur rechtlichen Freigabe und der beabsichtigten persönlichen Inanspruchnahme bei allen Formen ärztlicher Sterbehilfe. Ein hoher Prozentsatz der Befragten stimmte der ärztlichen Sterbehilfe unter bestimmten Umständen als einer sozialen Wahlmöglichkeit zwar zu, sah sie jedoch nicht als Lösung für das eigene Lebensende an. Je älter die Befragten waren, desto mehr lehnten sie für sich selbst jede Form von Sterbehilfe ab. Die Illusion der vollen Autonomie am Ende des Lebens wird also bezogen auf die Rechts- und Sozialgemeinschaft - womöglich auch aus nicht genannten Kostenerwägungen heraus - von den Bundesbürgern zwar gerne aufrecht erhalten, eine „autonome“ Verkürzung des *eigenen* Lebens soll aber - frei nach dem Sankt-Florians-Prinzip - möglichst nicht erfolgen.

Aktive Sterbehilfe als Ausweg? Die Niederlande, Belgien und die Schweiz

Solche Umfrageergebnisse lassen es keinesfalls als empfehlenswert erscheinen, etwa das niederländische *Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung* vom 12. April 2001 analog auf Deutschland zu übertragen [28]. Das im April 2002 in Kraft getretene Gesetz erlaubt es den Ärzten, jenen Patienten, die „unerträglich leiden und keine Aussicht auf Heilung haben“, bei der Selbsttötung zu assistieren. Sie müssen zuvor den Patienten, der seinen Wunsch eindeutig und freiwillig geäußert hat, gründlich informieren und vor einer Entscheidung auch die Meinung von Kollegen einholen [15].

Die Sterbehilfe ist so zu leisten, „dass sie unter medizinischen Gesichtspunkten verantwortbar ist“. Nach dem Tod des Patienten sind die Ärzte verpflichtet, den Sachverhalt einer dezentralen dreiköp-

figen Prüfungskommission zu melden, welche die Einhaltung aller Vorschriften überwacht. Die Kommission besteht aus einem Juristen, einem Arzt und einem Ethik-Experten. Wenn ein Verstoß gegen das Gesetz vermutet oder festgestellt wird, kann der Ausschuss die Staatsanwaltschaft einschalten. Doch Papier ist geduldig, notwendige Formulare lassen sich immer irgendwie formgerecht ausfüllen. Bis heute melden die Ärzte nur etwa 50 Prozent der Fälle an die zuständigen Kommissionen, um eine juristische Untersuchung zu vermeiden [10, 18, 24].

Ein noch weiter gehendes Gesetz hat Belgien seit Mai 2002. In Belgien schließt das Recht zur Tötung auf Verlangen sogar psychisch Kranke – zum Beispiel depressive Patienten - mit ein, bei denen keine Aussicht auf Heilung besteht. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, den Betroffenen über die Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie aufzuklären. Eine zentrale Kommission für ganz Belgien, der acht Ärzte, vier Juristen und vier Ethiker angehören, überprüft die Fälle im Nachhinein. Kommt die Kommission zu dem Schluss, dass der Arzt vorschriftswidrig gehandelt hat, kann sie mit Zweidrittelmehrheit (das wären 11 von 16 Stimmen) die Staatsanwaltschaft einschalten. Nach dem belgischen Gesetz ist der tödliche Eingriff weit vor dem natürlichen Todeszeitpunkt möglich; er betrifft auch sehr unspezifisch jeden Fall eines „dauernden und unerträglichen physischen oder psychischen Leidens“. Sind Patienten nicht in der natürlichen Sterbephase, so müssen sie ihren Sterbewunsch schriftlich niederlegen und datieren. In solchen Fällen muss ein zweiter Arzt hinzu gezogen werden. Zwischen dem Ersuchen und der Tötung müssen vier Wochen liegen. Die vom Gesetzgeber erhoffte Kontrolle der aktiven Sterbehilfe ist aber wohl nicht mehr als ein frommer Wunsch. Bis Ende 2003 hatte die zentrale Kommission gut 200 Dossiers überprüft; Schätzungen zufolge entspricht dies höchstens 20 Prozent aller tatsächlichen Fälle von aktiver Sterbehilfe. Zudem füllen die Ärzte die Berichte allein aus; ob sie die ganze Wahrheit eintragen, bleibt offen.

In der Schweiz wurden 2004 neue medizinisch-ethische Richtlinien zur *Betreuung von Patienten am Lebensende* durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur öffentlichen und parlamentarischen Diskussion gestellt [4]. Unter Punkt 4.1. dieser Richtlinien wird darauf hingewiesen, dass für Ärzte in Grenzsituationen ein schwer lösbarer Konflikt entstehen könne: Auf der einen Seite sei die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, auf der anderen Seite aber habe der Arzt den Willen des Patienten zu achten. Dies könne auch bedeuten, dass eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren sei. Man muss damit rechnen, dass nach einer solchen, wenn auch individualistisch begründeten Lockerung der ärztlichen Standesmoral die Nachfrage nach entsprechenden Sterbehilfe-Leistungen in der Schweiz zunehmen wird.

Aktive Sterbehilfe mag manchen Bürgern als Hilfe zu einem menschenwürdigen Sterben erscheinen, doch ist gerade hier die Grenze zur Qualifizierung eines menschlichen Lebens zum „lebensunwerten“ Leben - etwa durch Angehörige, die subtil auf den Patienten einwirken - überschritten. Die Würde des Menschen, die nach unserem Grundgesetz als *unantastbar* gilt, meint nicht nur die subjektive Würde des Einzelnen. Sie umfasst stets zugleich im objektiv-rechtlichen Sinne die Würde *des* Menschen, das heißt der ganzen Menschheit mit. Wir müssen also verfassungsrechtlich und ethisch danach fragen, was wir mit der Zulassung der Euthanasie unser aller Würde antäten.

Der gescheiterte Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts

Im November 2004 stellte Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) den „Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts“ vor. Dieser Referentenentwurf sah Folgendes vor: Die Patientenverfügung sollte erstmals als formales Rechtsinstitut in § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) verankert werden. Betreuer und Bevollmächtigte hätten danach den in einer Patientenverfügung geäußerten Willen des Betreuten zu beachten und die von ihm getroffenen Entschei-

dungen durchzusetzen, soweit ihnen dies zumutbar wäre, und zwar auch dann, wenn eine Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hätte (§ 1901a Absatz 2 des Entwurfs). Die Patientenverfügung gälte nämlich bei Einwilligungsunfähigkeit weiter, falls keine konkreten Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass der Betreute die Patientenverfügung widerrufen hätte (§ 1901a Absatz 1 des Entwurfs). Eine vom Betreuten getroffene Entscheidung solle dann vorliegen, wenn die Patientenverfügung eine Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe enthalte, die auf die konkrete Situation zuträfe.

Ferner sollte § 1904 BGB so präzisiert werden, dass künftig die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung eines Betreuers in ärztliche Maßnahmen nur dann der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht bedürften, wenn 1. die Maßnahme medizinisch indiziert wäre, wenn 2. die begründete Gefahr bestünde, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet und wenn 3. zwischen Betreuer und Arzt kein Einvernehmen darüber bestünde, dass die Entscheidung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspräche (§ 1904 Absatz 2 und 3 des Entwurfs). Ein vom Patienten selbst eingesetzter Bevollmächtigter sollte laut § 1904 Absatz 4 ausdrücklich nicht der Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht unterliegen, wenn seine Vollmacht schriftlich erteilt sei und wenn sie die in Rede stehenden Maßnahmen ausdrücklich mit umfasse [8].

Nach diesem Gesetzentwurf müsste eine Patientenverfügung, die eine Nichteinwilligung in eine ärztliche Maßnahme enthielte, nicht einmal schriftlich abgefasst werden. Auch mündlich erteilte Patientenverfügungen wären dann gültig [31]. Weiterhin dürfte der von Ärzten, Betreuern und Bevollmächtigten gegebenenfalls beschlossene Therapieabbruch auf den bloß mutmaßlichen Willen des Patienten

gestützt werden. Jede frühere Äußerung, die der Betroffene irgendwann einmal vor Zeugen gemacht hätte („So lange wie Hans möchte ich einmal nicht leiden müssen“), könnte dann künftig mittelbar zu seinem Tod führen.

Die auf diese Weise im Gesetz verankerte, quasi „diktatorische Lesart“ von Patientenverfügungen [21], die hier im Namen des Selbstbestimmungsrechts vom liberalen Rechtsstaat nahegelegt würde, brächte ein hohes Risiko mit sich. Denn die konkreten medizinischen Umstände sind zu schwer antizipierbar, als dass sich der Sterbevorgang in gesunden Tagen detailliert vorausplanen ließe [9]. Es bestünde die Gefahr, dass eine nützliche Behandlung gar nicht mehr vorgenommen würde, wenn eine absolut zwingend zu befolgende Patientenverfügung vorläge. Würde das Betreuungsrecht tatsächlich in der vom Bundesjustizministerium vorgeschlagenen Form geändert, dann müsste sich jeder Bürger wirklich *ganz* genau überlegen, was er in eine Patientenverfügung hinein schreibt und was er im Beisein von Zeugen über gesundheitsbezogene Themen mündlich äußert. Es könnte sich nämlich um sein wahrhaft „letztes Wort“ in eigener Sache handeln.

Unter dem Druck der öffentlichen Diskussion und nach deutlicher Kritik auch aus den Reihen der Koalitionsfraktionen von SPD und GRÜNEN zog die Bundesjustizministerin ihren Gesetzentwurf Ende Februar 2005 zurück [34]. Sie reagierte damit auf Bitten von Abgeordneten, diese heikle ethische Frage dem Parlament zu überlassen. Wegen der für den morgigen Freitag zu erwartenden Vertrauensfrage des Bundeskanzlers und der möglichen anschließenden Auflösung des 15. Deutschen Bundestages durch den Bundespräsidenten wird die gesetzliche Regelung dieses Themenkomplexes eine Aufgabe für die 16. Legislaturperiode bleiben. Doch sollte man sich keinen falschen Vorstellungen hingeben: Weder mit der Patientenverfügung noch mit anderen gesetzlichen Mitteln würden sich

die oft beklagten Unklarheiten bei der Interpretation des Willens eines nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten beseitigen lassen; sie würden allenfalls an eine andere Stelle verschoben werden.

Die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zur Patientenverfügung

Nun hat Anfang Juni 2005 auch der Nationale Ethikrat eine 36 Seiten umfassende Stellungnahme zum Thema *Patientenverfügung* abgegeben, die bereits in ihrer Überschrift genau jene These vertritt, deren Richtigkeit ich soeben bezweifelt habe: *Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung* so heißt es da, ganz ohne Fragezeichen [19]. Das Selbstbestimmungsrecht, das als Abwehrrecht gegen Eingriffe in die körperliche Integrität rekonstruiert wird, kann nach Auffassung des Ethikrates in ein Spannungsverhältnis zur ärztlichen Fürsorgepflicht geraten. In dieser Situation müsse das Selbstbestimmungsrecht Vorrang haben, da sonst die notwendige Einwilligung des Patienten in die Weiterbehandlung fehle. Der Arzt würde andernfalls eine rechtswidrige Körperverletzung begehen (II. 1.). Der Nationale Ethikrat glaubt, dass es sich bei der Patientenverfügung um eine die Selbstbestimmung artikulierende, vorwegnehmende, zukunftsirksame Festlegung handelt (III. 1.). Das Recht zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper lasse sich nicht auf bestimmte Erkrankungen oder bestimmte Erkrankungsstadien beschränken (III. 2.3.); deshalb dürfe die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung nicht beschränkt werden (III. 2.3.1.).

Leider klammert der Ethikrat die nicht nur philosophisch bedeutsame grundsätzliche Frage nach den tatsächlichen und den ethischen Grenzen der Antizipationsfähigkeit eines Menschen über sein späteres Schicksal weitgehend aus; er ist mehrheitlich der Auffassung, dass die Gültigkeit einer Patientenverfügung weder von vorgegebenen Fristen noch von wiederholter Bestätigung abhängig gemacht werden sollte (Empfehlung 12). Er spricht sich für die gesetzlich festzulegende Vermutung aus, dass

die in der Patientenverfügung getroffene Entscheidung in der konkreten Situation noch gelten soll. Einige Mitglieder des Rates sind allerdings der Auffassung, dass bei der Anwendung der Patientenverfügung nachgewiesen werden muss, dass der darin geäußerte Wille noch dem aktuellen mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Schließlich will der Ethikrat es den Bürgern sogar ermöglichen, dass sie sich schon weit im Vorfeld - etwa einer Demenzerkrankung - definitiv und unwiderruflich selbst zum Tode verurteilen können (Empfehlung 13): Anzeichen von Lebenswillen eines entscheidungsunfähigen Patienten sollen nämlich dann unbeachtlich sein,

- a.) wenn die medizinische Entscheidungssituation hinreichend konkret in der Patientenverfügung beschrieben wurde,
- b.) wenn die Patientenverfügung auf die genannten Anzeichen von Lebenswillen Bezug nimmt und deren Entscheidungserheblichkeit ausschließt,
- c.) wenn die Patientenverfügung schriftlich abgefasst oder in vergleichbarer Weise verlässlich dokumentiert ist und
- d.) wenn dem Abfassen der Patientenverfügung eine geeignete Beratung vorausgegangen ist.

Damit spricht der Ethikrat dem Bürger A das Recht zu, dass dieser bereits heute unwiderruflich über jenen Demenzpatienten B letzte Verfügungen treffen darf, der vielleicht in einigen Jahren oder Jahrzehnten einmal aus ihm selbst geworden sein wird. Doch warum sollte man eine Patientenverfügung des Bürgers A aus dem Jahre 2005 eigentlich noch beachten, wo es doch der reale Demenzpatient A* sein wird, der im Jahre 2015 gemäß seinem „natürlichen“ Willen offenkundig noch weiterleben will? Und wer sollte dann gegen eine „widerrechtliche“ Weiterbehandlung von A* Klage erheben? Demenzpatient A* sicherlich nicht, denn er möchte ja leben, und Bürger A existiert ja gar nicht mehr,

allenfalls dessen gesetzlicher Betreuer. Doch wen betreut der Betreuer – den ehemaligen Staatsbürger A oder den Demenzpatienten A*? Mir scheint, dass sich der Nationale Ethikrat hier in perfektionistischer Regelungsfreude und in einem kaum mehr rationalen Autonomie-Enthusiasmus in schwere rechtsphilosophische Konsistenz-Probleme und in eine moralische Sackgasse hinein manövriert hat. Um so erstaunlicher ist es, dass diese Stellungnahme bisher so wenig substanzielle Kritik gefunden hat. Sollten derartige Ideen sich eines Tages in Gesetzesform konkretisieren, dann müssten Ärzte, Notare, Betreuer und wir Medizinethiker die Bürger jedenfalls künftig warnen: „Schreibt Eure Patientenverfügung, doch wägt Eure Worte genau – denn wir werden sie befolgen!“ Vielleicht würde dann endlich die erhebliche Ambivalenz dieses viel gepriesenen vermeintlichen Selbstbestimmungsinstruments deutlich werden.

Der Gesetzesvorschlag der Deutschen Hospiz Stiftung

Am 16. Juni 2005 hat der Kölner Staatsrechtler Wolfram Höfling im Auftrag der *Deutschen Hospiz Stiftung* nun einen weiteren Gesetzesvorschlag vorgelegt. Dieser unterscheidet sich von den übrigen Entwürfen dadurch, dass er nicht eine Änderung bestehender zivil- oder strafrechtlicher Regelungen, sondern ein eigenständiges *Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende* anstrebt [11]. Der Gesetzentwurf hat 7 Paragraphen und beruht auf einem dreistufigen Entscheidungsablauf:

1. In Fällen, in denen zweifelsfrei eine gewissen strengen Anforderungen genügende schriftliche Patientenverfügung vorläge, entfaltete diese für alle Beteiligten strikte Bindungswirkung. Dabei müsste die Verfügung nachweislich aufgrund ärztlicher oder anderer fachkundiger Beratung getroffen worden sein, sie dürfte nicht älter als zwei Jahre sein und sie müsste die kon-

krete Entscheidungssituation hinreichend bestimmt oder bestimmbar erfassen. Für die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts bestünde dann kein Anlass.

2. In den übrigen Fällen müsste der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden. Ließe sich dieser - strikt auf Äußerungen des Betroffenen selbst fixierte - mutmaßliche Wille nach übereinstimmender Einschätzung von Arzt, Bevollmächtigtem oder Betreuer ermitteln, so wäre er Gegenstand des weiteren Vorgehens.
3. Verblieben insoweit Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Bevollmächtigtem oder Betreuer, wäre das Vormundschaftsgericht einzuschalten.

In der Begründung seines Gesetzentwurfs versucht Höfling auch den Indikations-Begriff zu präzisieren. Zu vermeiden sei, so der Autor, ein Verständnis von „indizierter Behandlung“, das nicht nur nach der medizinisch-pflegerischen Realisierbarkeit, sondern nach der Sinnhaftigkeit einer Maßnahme aus der Perspektive der Sinn- und Wertvorstellungen von Ärzten oder Pflegenden frage. Richtig verstanden, habe dies mit einer Indikation nichts zu tun. Es muss jedoch bezweifelt werden, dass sich ein derart puristisches Verständnis des Begriffes *Indikation* im Alltag tatsächlich durchsetzen wird. Ich habe deshalb in diesen Tagen nach langem Zögern meine persönliche Konsequenz gezogen und eine „Patientenverfügung“ eigener Art geschrieben. Sie liegt bei meiner Organspende-Erklärung neben dem Personalausweis. Ihr Text stammt von dem Berliner Universitätsprofessor Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), dem Leibarzt des Preußenkönigs Friedrich Wilhelm III. (1770-1840). Er lautet:

„Wenn ein Kranker von unheilbaren Uebeln gepeinigt wird, wenn er sich selbst den Tod wünscht, wenn Schwangerschaft Krankheit und Lebensgefahr erzeugt, wie leicht kann da, selbst in der Seele

des Besten, der Gedanke aufsteigen: Sollte es nicht erlaubt, ja sogar Pflicht sein, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien, oder das Leben der Frucht dem Wohle der Mutter aufzuopfern? - So viel Scheinbares ein solches Raisonement für sich hat, so sehr es selbst durch die Stimme des Herzens unterstützt werden kann, so ist es doch falsch, und eine darauf gegründete Handlungsweise würde im höchsten Grade unrecht und strafbar sein. Sie hebt geradezu das Wesen des Arztes auf. Er soll und darf nichts anderes thun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Werth habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maasst er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate; denn ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweiser Progression, um den Unwerth und folglich die Unnöthigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden“ [12].

Begrenzte Entscheidungsspielräume am Lebensende

Unser persönlicher Entscheidungsspielraum am Ende des Lebens wird sehr begrenzt sein. Diese sicher bittere, aber durch kein juristisch noch so ausgeklügeltes Verfahren aus der Welt zu schaffende Wahrheit müssen sich Ärzte, Patienten, Betreuer, Bevollmächtigte und Angehörige, letztlich wir alle uns rechtzeitig vor Augen führen. Die meisten Menschen werden mit großer Wahrscheinlichkeit nicht „autonom“ und „selbstbestimmt“ sterben, wie es vermeintliche Idealvorstellungen aus Politik, Recht und Ethik gegenwärtig einfordern. Es wäre meines Erachtens gut, diese letzte Illusion des Lebens sich selbst und Anderen gar nicht erst aufzubauen. Die Würde des Menschen ist nicht antastbar, auch nicht durch den von Martin Walser so gefürchteten „natürlichen“ Tod [2].

Literatur

1. Arbeitsgruppe "Sterben und Tod" der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (1998) Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht. Eine Handreichung für Ärzte und Pflegende. Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen
2. Bauer AW (2002) Die absolute Autonomie des Individuums als finale Illusion. Zur aktuellen Debatte um die Sterbehilfe. In: Bündnis 90/Die Grünen, Bundestagsfraktion (Hrsg.) Schutz des Lebens an seinem Beginn und Ende. Zur Debatte über das Verständnis von Art. 1 GG und Art. 1 EU-Charta vor dem Hintergrund der medizinisch-technischen Möglichkeiten. Dokumentation der Kooperationstagung vom 14./15.9.2001 in der Evangelischen Akademie Landau/Pfalz. (= lang & schlüssig 14/52, Februar 2002.) Bündnis 90/Die Grünen, Bundestagsfraktion, Info-Dienst, Berlin 2002, S. 40-53
3. Bauer AW (2003) Futility-Debatte in der Onkologie. Ein ethisches und rechtliches Problem. *Der Onkologe* 9:1325-1334
4. Betreuung von Patienten am Lebensende (2004) Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. 1. Publikation zur Vernehmlassung
http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf
5. Bonelli J (1996) Grenzen des ärztlichen Heilauftrages. Überlegungen zum Behandlungsverzicht. *Imago Hominis* 2:101-106
6. Brody H (1992) *The Healer's Power*. Yale University Press, New Haven, S. 48
7. Bundesärztekammer (1999) Handreichung für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. *Deutsches Ärzteblatt* 96:C1995-C1996
8. Bundesministerium der Justiz (2004) Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts. Stand 1.11.2004.
<http://www.betreuungsrecht.org/pafiledb3/uploads/04-11-01%20RefE.pdf>
9. Geyer C (2004) Mit Weitblick: Frank Ulrich Montgomery. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* Nr. 262 vom 9.11.2004:40
10. Gordijn B, Wiesing U (2000) Euthanasie in den Niederlanden. *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 55:Beilage Ethik in der Medizin 73
11. Höfling W (2005) Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz). Entwurf mit Begründung. Stand: 16.6.2005
<http://www.hospize.de/ftp/gesetzentwurf.pdf>

12. Hufeland CW (1839) *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtniss einer funfzigjährigen Erfahrung. 5. Auflage (VII. Abdruck), Berlin, S. 534-535.*
13. Institut für Demoskopie Allensbach (2001) *Mehrheit für aktive Sterbehilfe. Allensbacher Berichte Nr. 9/2001*
14. Koch HG (1999) *Wie verbindlich sind Patientenverfügungen? Ärzteblatt Baden-Württemberg 54:397-400*
15. Korthals B (2001) *Kein Recht, keine Pflicht. Viele Kritiker des neuen Sterbehilfegesetzes in den Niederlanden verkennen dessen Intention. Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 161 vom 14.7.2001, S. 8*
16. Lantos JD, Singer PA, Walker RM (1989) *The illusion of futility in clinical practice. American Journal of Medicine 87:81-84*
17. Loewy EH (1993) *Futility and the goals of medicine. Concepts in need of social definition. European Philosophy of Medicine and Health Care 2:15-29*
18. Maio G (2000) *Reanimieren oder nicht? Ethische Überlegungen zur deutschen Diskussion über den Therapieverzicht. In: Gordijn B, ten Have H (Hrsg.) Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 105-139*
19. Nationaler Ethikrat (2005) *Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme, veröffentlicht zu Berlin am 2.6.2005*
http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Patientenverfuegung.pdf
20. Peintinger M (2003) *Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung. Springer, Wien, New York, S. 42-50*
21. Sahm S (2004) *Wollen Sie Patienten zweiter Klasse sein? Zu Risiken und Nebenwirkungen von Patientenverfügungen: Ernüchterndes aus Amerika. Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 259 vom 5.11.2004:43*
22. Sahner P (2001) *Am Ende geht der Dichter baden. Martin Walser und sein neuer Roman: eine mysteriöse Liebesgeschichte mit wahren Hintergrund. BUNTE Nr. 33 vom 9.8.2001:80-83*
23. Sass HM, Kielstein R (1999) *Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis. Vorbereitungsmaterial, Modell einer Betreuungsverfügung, Hinweise für Ärzte, Bevollmächtigte, Geistliche und Anwälte. (= Medizinethische Materialien, 111.) Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum*
24. Schlingensiepen I (2003) *Sterbehilfe – die Entscheidungshoheit liegt immer beim Arzt. Ärzte Zeitung vom 7.4.2003*

25. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR (1990) Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Annals of Internal Medicine* 112:949-954
26. Schröder C, Schmutzer G, Klaiberg A, Brähler E (2003) Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. *Psychother Psych Med* 53:334-343
27. Schultheiss C (2000) Rationierung im Gesundheitswesen. Ein Beitrag zur Begriffserklärung. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 46:219-230
28. Simon A, Geißendörfer S (2002) Expertengespräch „Regelungsbedarf der passiven Sterbehilfe“. *Ethik in der Medizin* 14:289-292
29. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M, Schechter WP, Fink C, Epstein-Jaffe E, May C, Luce JM (1990) Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *New England Journal of Medicine* 322:309-315
30. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee (1994) Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Critical Care Medicine* 22:358-362
31. Tolmein O (2004) Leben erhalten. Betreuer und Patienten: Zum Entwurf des Justizministeriums. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* Nr. 260 vom 6.11.2004:37
32. Truog RD, Brett AS, Frader J (1992) The problem with futility. *New England Journal of Medicine* 326:1560-1564
33. Ubel PA (2000) *Pricing Life. Why it's time for health care rationing.* MIT Press, Cambridge / Mass. London, S. 178-179
34. Zypries zieht ihren Entwurf zurück (2004) *taz* Nr. 7601 vom 26.2.2005:6