

# Begriffsbestimmungen in der Sterbehilfedebatte

## Définitions des termes dans les débats sur l'euthanasie

Georg Bosshard

Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich. Momentan am Centre for the Economic and Social Aspects of Genomics, Lancaster University, United Kingdom.

### Quintessenz

- Der Begriff Sterbehilfe bezeichnet Handlungen und Unterlassungen, welche in Kauf nehmen oder zum Ziel haben, möglicherweise oder sicher die Lebensspanne eines auf den Tod kranken Menschen zu verkürzen bzw. den Tod herbeizuführen.
- Passive Sterbehilfe bezeichnet den Verzicht auf bzw. den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen. Sie kann im Verzicht auf eine lebenserhaltende Therapie, aber auch in deren Nichtweiterführung (Therapieabbruch) bestehen.
- Als indirekt aktive Sterbehilfe bezeichnet wird der Einsatz von Mitteln zur Leidenslinderung, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können. Gemeint ist damit in der Regel die Verabreichung von Opiaten und/oder Sedativa zur Symptomlinderung in Dosierungen, bei welchen ein lebensverkürzender Effekt infolge Atemdepression nicht ausgeschlossen werden kann.
- Suizidbeihilfe bezeichnet die Bereitstellung oder Verschreibung einer tödlich wirkenden Substanz, um einem Menschen die Selbsttötung zu ermöglichen.
- Aktive Sterbehilfe ist die gezielte Verabreichung einer tödlich wirkenden Substanz durch eine Drittperson, z.B. den Arzt. Man unterscheidet aktive Sterbehilfe auf bzw. ohne ausdrückliches Verlangen.
- Terminale Sedation bezeichnet eine gezielte, bis zum Tode anhaltende Ausschaltung des Bewusstseins eines kurz vor dem Tode stehenden Menschen durch Sedativa.

### Quintessence

- *L'expression euthanasie désigne des actes et omissions avec comme but de se résigner ou d'abrégé éventuellement ou certainement la fin de vie d'une personne malade, voire de provoquer son décès.*
- *L'euthanasie passive désigne le fait de renoncer à ou d'interrompre des mesures de maintien de la vie. Elle peut être le refus de la mise en route ou de la poursuite (interruption) d'un traitement maintenant la vie.*
- *L'euthanasie active indirecte désigne l'utilisation de moyens visant à atténuer les souffrances et pouvant avoir comme effet indésirable de diminuer la durée de la survie. Ce qui implique en général l'administration d'opioïdes et/ou de sédatifs dans le but d'atténuer les symptômes, à des doses n'excluant pas un effet abrégant la survie en raison de la dépression respiratoire.*
- *L'assistance au suicide désigne la délivrance ou la prescription d'une substance ayant un effet mortel permettant à une personne de mettre fin à son existence.*
- *L'euthanasie active est l'administration dirigée d'une substance à effet mortel par une tierce personne, p.ex. le médecin. Il faut faire la distinction entre euthanasie active sur demande expresse ou sans.*
- *La sédation terminale désigne une déconnexion de la conscience jusqu'au décès par des sédatifs chez une personne en toute fin de vie.*

Traduction Dr G.-A. Berger

## Einleitung

In der Regel wird heute als Sterbehilfe eine Entscheidung bzw. Handlung bezeichnet, durch die das Leben eines Menschen verkürzt oder beendet wird, welche sich aber von einem «gewöhnlichen» Tötungsdelikt durch die spezifische Situation eines kurz vor dem Tode stehenden Menschen und/oder die Motive des Sterbehilfeleistenden sowie durch weitere spezifische Aspekte unterscheidet. Da keine Einigkeit darüber besteht, welche dieser Aspekte die entscheidend wichtigen sind, wird auch die begriffliche Einteilung von Sterbehilfe unterschiedlich gehandhabt. In der Regel werden die Begriffe derart gewählt, dass die aus subjektiver Sicht des jeweiligen Autors besonders relevanten Aspekte hervortreten. Bereits die Wahl der Terminologie impliziert also einen gewissen Kontext und oftmals auch eine gewisse moralische Wertung.

Im folgenden Artikel sollen einerseits die wichtigsten in dieser Thematik verwendeten Begriffe, andererseits die hinter diesen Begriffen stehenden normativen Konzepte erläutert werden. Die Debatte um Sterbehilfe befindet sich heute in einem Umbruch, was mit Veränderungen der verwendeten Terminologie einhergeht. Im ersten Teil wird die klassische Einteilung in passive und aktive, indirekte und direkte Formen dargestellt und analysiert. Im zweiten Teil werden neuere Tendenzen der Begriffsbestimmung erörtert, bei welchen – nicht zuletzt unter dem Einfluss des Rechts – dem Konzept der Autonomie eine entscheidende Bedeutung zukommt.

## Klassische Einteilung und deren normative Grundlagen

Die klassische Einteilung von Sterbehilfe grenzt einerseits passive von aktiven, andererseits indirekte von direkten Formen ab. Passive Sterbehilfe bezeichnet Entscheidungen, welche nicht mit einer aktiven Handlung, sondern lediglich mit einer Unterlassung verbunden sind. Eine solche Entscheidung kann im Verzicht auf eine lebenserhaltende Therapie, aber auch in deren Nichtweiterführung (Therapieabbruch) bestehen. Während sich die Einteilung in aktiv/passiv auf die Handlung selber bezieht, bezieht sich die Einteilung in direkt/indirekt auf die der Handlung zugrundeliegende Absicht: Indirekte Formen der Sterbehilfe nehmen eine Lebensverkürzung lediglich als Nebenwirkung in Kauf, streben sie aber nicht direkt an.

In aller Regel impliziert die klassische Einteilung, dass passive oder indirekte Formen unter gewissen Umständen moralisch akzeptabel sein können, niemals aber direkte aktive Formen. Entsprechend dieser Vorstellung ist auch heute noch

in allen westlichen Staaten ausser Holland und Belgien aktive Sterbehilfe strafbar, nicht aber indirekte oder passive.

In einigen Staaten, wie zum Beispiel der Schweiz oder dem amerikanischen Bundesstaat Oregon, kommt der Abgrenzung der Suizidbeihilfe als quasi vierter Form der Sterbehilfe eine grosse Bedeutung zu. In der Schweiz ist die Beihilfe straffrei, solange sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt.

Ein Überblick über die Definitionen der Grundformen der Sterbehilfe findet sich in Tabelle 1 .

**Tabelle 1. Sterbehilfe – klassische Einteilung.**

Sterbehilfe	Handlungen und Unterlassungen, welche in Kauf nehmen oder zum Ziel haben, möglicherweise oder sicher die Lebensspanne eines auf den Tod kranken Menschen zu verkürzen bzw. den Tod herbeizuführen
Passive Sterbehilfe	Verzicht auf bzw. Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen
Indirekte Sterbehilfe	Einsatz von Mitteln zur Leidenslinderung, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können
Suizidbeihilfe	Bereitstellung oder Verschreibung einer tödlich wirkenden Substanz, um einem Menschen die Selbsttötung zu ermöglichen
Aktive Sterbehilfe	Gezielte Verabreichung einer tödlich wirkenden Substanz durch eine Drittperson

## Tun und Unterlassen

Das Konzept der passiven Sterbehilfe, als der Abgrenzung des Sterbenlassens vom Töten, bezieht sich auf den Unterschied zwischen blossem Unterlassen und aktivem Tun. Die hohe Bedeutung dieser Unterscheidung findet sich nicht nur in der Medizin, sondern beispielsweise auch im Recht: «Majus delictum est in faciendo quam in omittendo.» Und sie entspricht unserem intuitiven Urteil in Alltagsdingen. So würde spontan wohl fast jeder bejahen, dass Verschweigen weniger schlimm sei als Lügen.

Versucht man allerdings, wie dies Aufgabe der Ethik ist, zu begründen, warum das eine moralisch weniger schwerwiegend sei als das andere, stösst man auf erhebliche Schwierigkeiten. Natürlich könnte man ganz einfach darauf hinweisen, dass sich, anders als bei der aktiven Sterbehilfe, Situationen passiver Sterbehilfe per definitionem nur im Kontext potentiell lebensbedrohlicher Zustände einstellen können. Wo aber liegt dann der Unterschied in denjenigen Fällen, in welchen dieser medizinische Kontext identisch ist? Stellen wir uns zwei Patienten vor, welche beide an einem austerapierten Zungenrundkarzinom im letzten Stadium leiden. Der eine erleidet in der Folge eine eitrige Infektion der Luftwege. Auf seinen ausdrücklichen

Wunsch wird auf eine antibiotische Behandlung verzichtet aus der Überlegung heraus, dass der Tod aufgrund einer Lungenentzündung weniger schlimm zu ertragen sein dürfte als die Folgen eines Durchbruchs des Karzinoms in die Luftwege oder Blutgefässe. Der andere Patient fürchtet die Folgen eines solchen Durchbruchs ebenfalls. Da keine Möglichkeit besteht, ihn an einer Begleitkomplikation seiner Grunderkrankung sterben zu lassen, wünscht er eine aktive Beschleunigung seines Todes. Was gibt es in diesem Fall für Argumente, seinem Wunsch nicht ebenso nachzukommen wie dem Wunsch des ersten Patienten?

Man könnte sagen, dass der natürliche Krankheitsverlauf im ersten Fall eben anders entschieden habe als im zweiten Fall. Eine solche Betrachtungsweise wird oftmals dadurch unterstrichen, dass das Unterlassen der Antibiotikabehandlung im ersten Fall nicht als «Beschleunigung des Todeseintrittes», sondern lediglich als «Nichtverlängerung des Lebens» bezeichnet wird. Aber ist es gerechtfertigt, der «Natur», dem «Schicksal» in diesem Fall eine derart entscheidende Rolle einzuräumen? Das tun wir üblicherweise in der Medizin sonst auch nicht, solange wir die Möglichkeit zu handeln haben.

Ein anderes Argument lautet, dass die beiden Fälle sich durch die zugrundeliegende Absicht unterscheiden würden: Anders als bei der aktiven Sterbehilfe sei beim Behandlungsverzicht das Ziel nicht die Lebensverkürzung, sondern die Leidenslinderung des Patienten. Das Argument lässt sich allerdings schon rein empirisch widerlegen: Studien zeigen, dass Ärzte nicht selten beim Verzicht auf oder Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen ausdrücklich eine Beschleunigung des Todeseintrittes anstreben [1]. Es gibt weitere Gründe, Situationen passiver Sterbehilfe anders zu beurteilen als Situationen aktiver Sterbehilfe, so zum Beispiel die Tatsache, dass die Todesfolge bei der aktiven Sterbehilfe unmittelbar und/oder zwangsläufig sei, dagegen bei der passiven oftmals verzögert und/oder überhaupt unsicher. Ob diese Aspekte aber tatsächlich einen moralischen Unterschied begründen können, bleibt zweifelhaft [2].

Insgesamt dürfte die unterschiedliche Beurteilung von Töten und Sterbenlassen weniger in ethischen Gesichtspunkten begründet liegen als vielmehr in der Tatsache, dass wir Situationen von passiver Sterbehilfe mit anderen Intuitionen verbinden als Situationen aktiver Sterbehilfe [3]. Und solchen Intuitionen kommt oftmals eine entscheidende Bedeutung zu, indem sie hochkomplexe Sachverhalte quasi als Bilder vermitteln und uns damit die Entscheidungsfähigkeit erhalten können. Denn das Leben im allgemeinen, und der klinische Alltag im besonderen, wird nicht immer nur geprägt von analytisch geschulten Moralbeurteilern, welche ohne Zeitdruck, in

optimaler gegenseitiger Kommunikation und nach Einholen aller wesentlichen Informationen ihre Entscheidungen fällen. Hinter den meisten sogenannten Dammbrechtszenarien, wie sie in der Sterbehilfediskussion oft gezeichnet werden, steht wohl nichts anderes als die Befürchtung der Verwässerung solcher innerlicher Leitprinzipien.

### Beabsichtigen und in Kauf nehmen

Der Begriff der indirekt aktiven Sterbehilfe stammt aus der katholischen Moralthologie. Gemäss Thomas von Aquin ist eine Handlung mit moralisch schlechten Folgen dann rechtfertigbar, wenn die schlechten Folgen lediglich als unvermeidbare Nebenerscheinungen eines beabsichtigten, moralisch guten Haupteffektes in Kauf genommen werden müssen. Statt von direkten könnte man auch von beabsichtigten, statt von indirekten also von bloss zugelassenen Effekten sprechen [4]. Das Konzept wird heute insbesondere auf Dilemmasituationen bezogen, vor denen ein Arzt steht, wenn er ausgeprägte Schmerzen oder andere Symptome eines kurz vor dem Tode stehenden Patienten nur beherrschen kann, indem er Opiate und/oder Sedativa in einer Dosis verabreicht, welche infolge Atemdepression dessen Überlebenszeit herabsetzen könnte. Die Handlung des Arztes kann hier gerechtfertigt werden dadurch, dass dessen eigentliches Ziel nicht die Lebensverkürzung, sondern die Symptomlinderung gewesen sei.

Die Schwäche dieser Argumentation besteht in ihrer offensichtlichen Situationsgebundenheit. Denn angesichts der Schmerzen eines nicht unmittelbar vor dem Tode stehenden Patienten würde es wohl niemand als vertretbar erachten, Opiate in lebensbedrohlichen Dosierungen zu applizieren. Die Rechtfertigung des Arztes im eben erwähnten Beispiel ergibt sich also weit eher aus der infausten Prognose des Zustandes des Patienten als aus einer wie immer gearteten indirekten Absicht: Eine implizite Abwägung von Lebensqualität gegen Überlebenszeit ist in diesem speziellen Fall zugunsten der Lebensqualität ausgefallen («lieber noch wenige Stunden schmerzfrei als einige Tage mit Schmerzen»). Eine solche Abwägung vorzunehmen gilt aber nach heutigem medizinischem und rechtlichem Verständnis bei aktiven Handlungen als grundsätzlich verboten.

Manche Vordenker der aktiven Sterbehilfe, so etwa der australische Philosoph Peter Singer, vertreten deshalb die Ansicht, dass die direkte Nennung derjenigen Umstände, welche eine solche Handlung allenfalls rechtfertigen könnten, hilfreicher wäre als eine auf einer subjektiven Intention basierende Rechtfertigung: «Man kann sich nicht einfach aus der Verantwortung stellen, indem man seine Absicht mehr auf den einen als auf den anderen Effekt einer Handlung bezieht» [5].

Neben derartigen ethischen Erörterungen ist immer wieder darauf hingewiesen worden, dass in Tat und Wahrheit der angeblich lebensverkürzende Effekt von Opiaten in der Öffentlichkeit, aber auch von manchen Ärzten stark überschätzt werde [6]. Tatsächlich zeigen Studien, dass fachgerecht zur Symptomkontrolle angewandte Opioide und/oder Sedativa generell mit keinem lebensverkürzenden Effekt einhergehen, bei Opioiden erscheint sogar oftmals eine Lebensverlängerung mindestens ebenso wahrscheinlich [7, 8]. Dass Schmerzmittel und Sedativa auch missbräuchlich eingesetzt werden können, um den Tod herbeizuführen, steht zunächst einmal auf einem anderen Blatt. Nur in sehr seltenen Einzelfällen, kaum je bei Schmerzzuständen, aber allenfalls bei Symptomen wie terminaler Dyspnoe oder terminaler Unruhe oder Agitation, kann eine wirksame Symptomkontrolle allein Dosierungen erfordern, bei welchen ein lebensverkürzender Effekt nicht sicher ausgeschlossen werden kann [9].

Tatsächlich häufiger als diese seltenen Fälle echter indirekter Sterbehilfe dürfte dagegen der Einsatz von Sedativa am Lebensende im Rahmen der sogenannten terminalen Sedation sein [10]. Darunter versteht man eine gezielte, bis zum Tode anhaltende Ausschaltung des Bewusstseins eines kurz vor dem Tode stehenden Patienten durch Sedativa. Auch wenn eine Verkürzung des Lebens hieraus nur selten resultieren dürfte, so ist doch auch die damit verbundene Verkürzung der bewussten Lebensspanne ethisch kaum minder bedeutsam. So betrachtet, könnte man die terminale Sedation durchaus als fünfte Form der Sterbehilfe bezeichnen.

### Neuere Entwicklungen – das Autonomiekriterium

Die oben vorgestellte traditionelle Einteilung berücksichtigt offensichtlich in keiner Weise, ob die Sterbehilfe gewünscht wurde oder nicht. Mit anderen Worten: Der eigene Wille des vor dem Tode stehenden Menschen ist in dieser Einteilung irrelevant. So erstaunt es denn nicht, dass gerade im Zuge der zunehmend an Bedeutung gewinnenden medizinethischen Diskussion um die Patientenautonomie in den letzten Jahrzehnten auch im Sterbehilfebereich neue Normen und Begriffe diskutiert wurden.

#### Aktive Sterbehilfe und ausdrückliches Verlangen

Die Diskussion um die aktive Sterbehilfe hat sich, innerhalb eines ausschliesslich medizinischen Kontextes, insbesondere in den Niederlanden grossenteils aus der Diskussion um die indirekte Sterbehilfe entwickelt. Das Kriterium der Absicht des Arztes wurde hier zunehmend als unzulänglich und heuchlerisch empfunden. Statt

dessen suchte man nach äusseren Kriterien, wobei sich schliesslich der Patientenwille als einzig handfestes erwies. Mit diesem Prozess einherging eine strikte Abtrennung der ausdrücklich verlangten von den nicht ausdrücklich verlangten Formen der aktiven Sterbehilfe. Hollands Weg von der Duldung zur Strafbefreiung der ärztlichen aktiven Sterbehilfe, welcher begleitet war von einer intensiven ethischen und juristischen Diskussion sowie einer ausgedehnten epidemiologischen Forschung, hat die internationale Diskussion wie auch die heute verwendete Terminologie stark geprägt. In Holland wird das Wort Euthanasie nur im Zusammenhang mit der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen (im Englischen: «voluntary active euthanasia») verwendet [11]. Demgegenüber werden alle aktiven Formen der Beschleunigung des Todeseintrittes, welche vom Patienten nicht ausdrücklich verlangt wurden (im Englischen als «non-voluntary active euthanasia» oder auch «mercy killing» bezeichnet), mit Akronymen wie LAWER oder NOR für «life terminating acts/ending of life without an explicit request of the patient» umschrieben [11]. Auch zur Beschreibung passiver oder indirekter Formen von Sterbehilfe wird das Wort Euthanasie vermieden und statt dessen von «non-treatment decisions» bzw. von «alleviation of pain and symptoms» gesprochen. Als Überbegriff für alle diese Entscheidungen wurde der Begriff «medical end-of-life decisions» geprägt, welcher, anders als das deutsche Wort Sterbehilfe und das englische «euthanasia», diese «Lebensentscheidungen» in einen ausschliesslich medizinischen Kontext stellt.

Im Gegensatz zu Holland entwickelte sich in der Schweiz eine Öffnung der Sterbehilfepaxis aus der Straffreiheit der uneigennütigen Suizidbeihilfe (Art. 115 StGB). Anerkennt man in gewissen Fällen die Selbsttötung als einen freien und wohlüberlegten Entscheid, dann kann auch die Beihilfe als eine akzeptable oder gar gebotene Handlung betrachtet werden. Eine solche Argumentation steht zunächst einmal ausserhalb jedes medizinischen Kontextes. Die Schweizer Praxis der Suizidbeihilfe unterscheidet sich denn auch von der strikt medikalisierten holländischen Euthanasiepraxis durch die zentrale Rolle von nichtärztlichen Sterbehelfern von Sterbehilfeorganisationen [12]. Auch ist die Sterbehilfepaxis der Schweizer Sterbehilfeorganisationen nicht immer auf Menschen am Lebensende beschränkt, so dass in diesen Fällen der Rahmen des Begriffes Sterbehilfe gesprengt wird [13]. Trotz dieser gewichtigen Unterschiede bestehen aber offensichtliche Gemeinsamkeiten zwischen der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen und der Suizidbeihilfe, welche implizit ja auch auf dem Prinzip des ausdrücklichen Verlangens beruht. Deshalb werden diese beiden Formen der Sterbehilfe heute oftmals unter dem Begriff «assisted dying» (Sterbeassistenz) zusammen-

gefasst\*, worunter jegliche Form der assistierten Lebensbeendigung auf Verlangen gemeint sein soll [14]. Einen Überblick über die Terminologie, wie sie in der gegenwärtigen Diskussion verwendet wird, liefert Tabelle 2 .

**Tabelle 2. Sterbehilfe – aktuelle deutsch- und englischsprachige Terminologie.**

Sterbehilfe	Euthanasia (medical end-of-life decisions)
Passive Sterbehilfe	Passive euthanasia (non-treatment decisions)
Indirekte Sterbehilfe	Alleviation of pain and symptoms with a double effect (... with a possible or certain life-shortening effect)
Suizidbeihilfe	Assisted suicide
Aktive Sterbehilfe auf Verlangen	Voluntary active euthanasia (euthanasia)
Aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen	Non-voluntary euthanasia (Ending of life without an explicit request)

Die Ausdrücke in Klammern beziehen sich auf die von holländischen Autoren geprägte Terminologie.

Selbstverständlich sind diese Tendenzen keineswegs ohne Widerspruch geblieben. Oftmals in einem religiösen Bezugsrahmen wird eingewendet, dass jede Tötung (mit eingeschlossen die Selbsttötung) eine Verletzung des sechsten Gebotes der Bibel darstelle, weshalb jede Abgrenzung ethisch diskutabler Formen gezielter Tötung innerhalb der Sterbehilfedebatte pauschal abzulehnen sei [15]. Zu ähnlichen Konsequenzen, aber in einem säkularen Bezugsrahmen, kommt der oftmals von psychiatrischer Seite vorgebrachte Einwand, dass autonome Sterbewünsche ein weitgehend theoretisches Konstrukt seien, während in Tat und Wahrheit hinter diesen in aller Regel der Wunsch nach Hilfe zum Weiterleben stehe. Die extrem seltenen Einzelfälle, in welchen Sterbewünsche wohlherwogen sein könnten, würden es nicht rechtfertigen, dass mit einer generellen Zulassung von Sterbeassistenten eine Art «Suizidklima» begünstigt werde [16]. Auf einer ganz anderen Ebene liegt der Einwand, dass die Debatte um Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe nicht auf einen ausschliesslich medizinischen Kontext eingeeengt werden sollte, wie dies die holländische Terminologie präjudiziert [12].

### Vorsorgliche und vertretene Autonomie

Neben der Diskussion um die ausdrücklich verlangten aktiven Formen der Sterbehilfe hat die zunehmende Bedeutung der Patientenautonomie auch die Diskussion um passive und indirekte Formen der Sterbehilfe erfasst. Zwar werden die ausdrücklich verlangten oder zumindest mit dem Patienten besprochenen Formen unter diesen passiven oder indirekten Sterbehilfeentscheidungen terminologisch nicht eindeutig abgegrenzt. In entsprechenden Gesetzen und Richtlinien wird aber zunehmend die Bedeutung des Patientenwillens in diesem Zusammenhang ausdrücklich betont [6, 17]. Dabei wird von der

Vorstellung ausgegangen, dass das Autonomiekonzept auch das entscheidende Kriterium liefert in denjenigen Fällen, in welchen ein Patient nicht (mehr) entscheidungsfähig ist [18]. Dies soll ermöglicht werden durch Patientenverfügungen (Vorsorgeverfügungen) oder Patientenvertretungen (Vorsorgevollmachten). Mit der Patientenverfügung weist ein Patient für den Fall, dass er einwilligungsunfähig wird, seinen Arzt schriftlich an, je nach eintretender Situation bestimmte medizinische Massnahmen vorzunehmen oder zu unterlassen. Mit der Patientenvertretung ermächtigt der Patient für die gleiche Situation eine Drittperson seiner Wahl, für ihn selber zu entscheiden. Dabei gilt, solange der Patient urteilsfähig ist, primär immer sein gegenwärtiger Wille. Im Falle von Urteilsunfähigkeit gilt in aller Regel, dass der in einer Patientenverfügung ausgedrückte Wille Vorrang hat vor allfälligen Patientenvertretern; diese wiederum aber haben Vorrang vor nicht ausdrücklich ernannten Stellvertretern (Tab. 3 .

**Tabelle 3.**

### Schema vorsorgliche und vertretene Autonomie.

- |  |
|--|
| 1. Urteilsfähiger Patient  |
| 2. Nicht urteilsfähiger Patient  |
| 2.1 Patientenverfügung   |
| 2.2 Patientenvertretung  |
| 2.2.1 Ausdrücklich ernannte Vertreter:<br>Vorsorgevollmacht              |
| 2.2.2 Nicht ausdrücklich ernannte Vertreter:<br>Angehörige oder Behörden |

Ethisch gibt es kaum Einwände gegen Patientenverfügungen oder -vertretungen. Das Problem liegt vielmehr in der Umsetzung. Denn bis heute füllen trotz verbreiteter Propagierung dieser Massnahme effektiv verhältnismässig wenige Patienten derartige Verfügungen aus, und noch seltener werden Patientenvertretungen ernannt. Ob die heute bestehende Tendenz, bei Fehlen einer Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht auch nicht ausdrücklich ernannten Personen (Angehörigen oder aber Behörden) eine stellvertretende Entscheidungskompetenz bei medizinischen Massnahmen am Lebensende zuzugestehen, wirklich eine echte Ausweitung des Autonomiekriteriums darstellt, kann bezweifelt werden [17]. Tatsächlich sind die zu lösenden Schwierigkeiten der Entscheidungsfindung bei nicht mehr urteilsfähigen Patienten genau die gleichen, ob für sie nun ein Arzt oder ein Patientenstellvertreter zuständig ist. Das verweist deutlich darauf, dass letztlich in der Medizin das Autonomiekriterium in einer hohen Zahl von Fällen kaum anwendbar ist.

\* Manche Autoren zählen auch die aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen zur Sterbeassistenten, was aber eher verwirrend ist.

**Literatur**

- 1 Van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. An investigation performed upon request of the Commission of inquiry into medical practice concerning euthanasia. *Health Policy* 1992;22:1+2.
- 2 Birnbacher D. *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam; 1995.
- 3 Fischer J. *Theologische Ethik. Grundwissen und Orientierung*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer; 2002.
- 4 Zimmermann-Acklin M. *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*. Freiburg: Universitätsverlag; 1997.
- 5 Singer P. *Practical Ethics*. 2. Auflage. Cambridge: University Press; 1999.
- 6 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien* (1. Publikation zur Vernehmlassung). *Schweiz Ärztezeitung* 2004;85:288-91.
- 7 Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med* 2003;163:341-4.
- 8 Wall PD. The generation of yet another myth on the use of narcotics. *Pain* 1997;73:121-2.
- 9 Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine – definition and review of the literature. *Support Care Cancer* 2001;9:403-7.
- 10 Rietjens J, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann Intern Med* 2004;141:178-85.
- 11 Van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, De Graaff CLM, Kester JGC, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med* 1996;335:1699-705.
- 12 Bosshard G, Fischer S, Bär W. Open regulation and practice in assisted dying. How Switzerland compares with the Netherlands and Oregon. *Swiss Med Wkly* 2002;132:527-34.
- 13 Bosshard G, Ulrich E, Bär W. 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Med Wkly* 2003;133:310-7.
- 14 Schöne-Seifert B. Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holderegger A (Hrsg.). *Das medizinisch assistierte Sterben*. 2. Auflage. Freiburg: Universitätsverlag; 2000. S. 98-118.
- 15 *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* 20. Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie: Vatikanstadt; 20. Mai 1980.
- 16 Ernst C. Assistierter Suizid in den Stadtzürcher Alters- und Krankenheimen. *Schweiz Ärztezeitung* 2001;82:293-5.
- 17 Bosshard G, Portmann J, Wettstein A. Vom Regen in die Traufe? Aktuelle Tendenzen zur Entscheidungsbefugnis bei nicht urteilsfähigen Patienten im Urteil von Teilnehmern eines Zürcher Seniorenseminars. *Schweiz Ärztezeitung* 2003;84:1061-3.
- 18 Rehbock T. Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. *Ethik Med* 2002;14:131-50.

**Korrespondenz:**

Dr. med. Georg Bosshard  
 Centre for the Economic  
 and Social Aspects of Genomics  
 CESAGen  
 Lancaster University  
 UK-Lancaster LA1 4YG  
[g.bosshard@lancaster.ac.uk](mailto:g.bosshard@lancaster.ac.uk)