

4.13 Öffentliche Sterbehilfediskurse in Deutschland und in der Schweiz

Beobachtungen aus ethischer Sicht

Abstract: Ausgehend von der Beobachtung, dass Sterben und Tod in den letzten Jahren zu öffentlichen Themen geworden sind, werden die Kontexte und Begriffe kommentiert, welche die deutschen und schweizerischen Sterbehilfediskurse in den letzten Jahren geprägt haben. Auf dieser Basis wird dann die Rolle der Ethikkommissionen beschrieben, da diese mit ihren Stellungnahmen ein Spiegelbild gesellschaftlicher Interessen sind, gleichzeitig aber auch eine Führungsfunktion übernommen haben. Unter dem programmatischen Titel „Sicherstellung des Sterbens“ werden anschließend einige zentrale Ideen, Werte und Bedenken benannt und an den Beispielen Patientenverfügung und Suizidhilfe exemplarisch erläutert, bevor ein kurzer Ausblick versucht wird. Demnach dürften angesichts von Leiden, Abhängigkeit, Schmerzen und Kontrollverlust Sinn- und Identitätsfragen eine größere Bedeutung erhalten und ist gleichzeitig mit einer starken Verrechtlichung von Lebensende-Entscheidungen zu rechnen.

Starting with the observation that dying and death have become public matters of debate during the past few years, the contexts and concepts that have influenced the German and Swiss discourses during this time are commented upon. On this basis, the role of ethics commissions is then described, as these and their positions mirror social interests, while at the same time they have taken on a leading function. Under the programmatic title „Ensuring Dying“, in conclusion, some of the central ideas, values, and doubts are named and explained using the examples of patient testaments and assisted suicide, before a brief outlook is offered. According to this, in view of suffering, dependency, pain, and loss of control, greater significance accrues to questions of sense and identity; simultaneously, we must reckon with more juridification with regard to decisions about the end of life.

Keywords: Sterbehilfe, Diskursivierung von Sterben und Tod, Ethik, Patientenverfügungen, Palliative Care, Suizidhilfe

1 Die neue Sichtbarkeit des Sterbens

Sterben und Tod sind in den letzten Jahren zu öffentlichen Themen geworden. Während Elisabeth Kübler-Ross mit ihrem Buch „On death and dying“ – in deutscher Übersetzung erstmals 1969 unter dem Titel „Interviews mit Sterbenden“ erschienen¹ – und den darin beschriebenen Beobachtungen zum Verlauf des Sterbeprozesses noch ein tiefsitzendes gesellschaftliches Tabu anrührte, ist der gesellschaftliche Diskurs über die letzte Lebensphase inzwischen allgegenwärtig.

Ähnlich paradigmatisch wie die „Interviews“ der 2004 in den USA verstorbenen Schweizer Ärztin ist die seit 2007 öffentlich ausgetragene Auseinandersetzung einzuschätzen, die um das Ergehen von Walter Jens, dem emeritierten Tübinger Rhetorikprofessor, geführt wird: In Berichten, Büchern und Fernsehaufnahmen wird der Verlauf seiner Demenz zu einem öffentlichen Thema gemacht, und dies nicht von indiskreten Medienleuten, sondern von den Angehörigen des Betroffenen. Im Einband seines 2009 erschienenen Buches „Demenz. Abschied von meinem Vater“ schreibt einer der beiden Söhne, Tilmann Jens:

„Walter Jens, mein Vater, ist dement. Sein Gedächtnis ist taub, die Sprache versiegt. Die Blicke sind hohl und verloren. Meine Mutter, mein Bruder und ich sind uns einig, wir wollen, wir werden sein Leid nicht verstecken.“²

Eine Besonderheit dieser Geschichte besteht darin, dass Walter Jens sich in der Zeit vor seiner Demenz als einflussreicher Intellektueller pointiert zugunsten der ärztlichen Tötung auf Verlangen geäußert hatte, insbesondere auch für den Fall einer fortgeschrittenen Demenz.³ Als er sich kurz nach Neujahr 2007 im Kreis seiner Familie tatsächlich dazu entschieden hatte, seinem Leben ein Ende zu setzen („Ihr Lieben, es reicht. Mein Leben war lang und erfüllt. Aber jetzt will ich gehen“), sitzt die Familie minutenlang wortlos bei ihm, berichtet Tilmann Jens in seinem Abschiedsbuch:

„Dann, auf einmal, lächelt mein Vater und sagt: *Aber schön ist es doch!* Ein tiefer Seufzer, dann fallen ihm die Augen zu.“⁴

Aufgrund dieser Äußerung waren sich seine Frau und Kinder spontan darin einig, dass ihr Mandat, ihrem Mann bzw. Vater beim Sterben zu helfen, damit erloschen sei:

1 Neuauflagen erscheinen bis heute, kürzlich wieder beim Kreuz-Verlag in Stuttgart, vgl. *Kübler-Ross* (2010).

2 *T. Jens* (2009), Einband.

3 Vgl. *T. Jens* (2009), S. 13; vgl. auch *I. Jens* (2009), zum Verlauf der Debatte vgl. *Kamann* (2009), S. 7–27.

4 *T. Jens* (2009), S. 132 f.

„Ein *Zwar-ist-es-schrecklich-aber-schön-ist-es-manchmal-noch-immer* ist keine Grundlage, um einen schwerkranken Mann aus der Welt zu schaffen.“⁵

Ähnlich paradigmatisch, jedoch von internationaler Bedeutung, war das im Jahr 2005 medial inszenierte öffentliche Sterben von Papst Johannes Paul II. Seine Entscheidung, im Amt und gleichsam vor den Augen der Welt zu sterben, wird in der Regel positiv bewertet. Die deutsche Bundestagsabgeordnete Katrin Göring-Eckhardt von den Grünen schreibt im Vorwort einer von ihr im Jahr 2007 herausgegebenen Streitschrift zur Sterbehilfe dazu:

„Auch die Sterbenden erweisen den Bleibenden einen Dienst. Sie geben Wissen über das Sterben weiter, über die Dinge, die wirklich wichtig sind, am Ende. Denken wir nur an das öffentliche Sterben von Johannes Paul II. Die Welt konnte sehen: er bleibt ein Mensch, bis zuletzt, mit Willen und Würde, auch wenn er sich selbst kaum noch Ausdruck verleihen konnte, außer durch sein *da sein*.“⁶

Im Kapitel „Selbstbestimmung am Lebensende“ setzt sich der Arzt Michael de Ridder in seinem „Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin“ dagegen dezidiert von einer religiös motivierten Haltung der Lebenserhaltung um jeden Preis ab. Er kritisiert sowohl die Meinung der katholischen Kirche im Fall der 17 Jahre im Wachkoma gelegenen und 2009 infolge Einstellung der künstlichen Ernährung verstorbenen Eluana Englaro als auch die Haltung einiger jüdischer Rechtsgelehrter, dem seit 2006 im Koma befindlichen ehemaligen israelischen Ministerpräsidenten Ariel Sharon bis heute einen natürlichen Sterbeprozess vorzuenthalten.⁷

Trotz dieser großen öffentlichen Aufmerksamkeit für Sterben und Tod bleibt mit Blick auf die gegenwärtigen Entwicklungen ein ambivalenter, sogar widersprüchlicher Eindruck bestehen: Zeitgleich mit der weitreichenden Enttabuisierung, dem sicherlich auch mitfühlenden, wenngleich neugierigen Hinschauen („Alles wird gezeigt, möglichst drastisch, möglichst realistisch – die Liebe und der Tod, der Tod und die Liebe. Das gefällt mir eigentlich nicht“,⁸ meinte der 87-jährige Berner Schriftsteller Kurt Marti zur Ausstellung „Noch mal leben vor dem Tod“⁹), werden Sterben und Tod inklusive der traditionellen Trauerrituale gleichsam aus dem modernen Lebensalltag ausgeschlossen. Während sich viele Tausend Menschen in der Wanderausstellung „Noch mal leben vor dem Tod“ mit riesigen Fotoportraits Verstorbener konfrontieren, eine nicht mehr zu überschauende Anzahl von Ratgebern und Erfahrungsberichten zum Sterben gekauft werden, Menschen mehr über das Sterben wissen und erfah-

5 T. Jens, S. 133.

6 Göring-Eckardt (2007), S. 17.

7 Vgl. de Ridder (2010), S. 200 f.

8 Marti (2008), S. 4.

9 Lakotta/Schels (2004).

ren möchten, ist das Sterben selbst – von Ausnahmen bei Unfällen beispielsweise im Straßenverkehr oder bei Risikosportarten einmal abgesehen – für viele Menschen heute kaum mehr real erlebbar. Während Sterben und Tod in den Medien, Talkshows, Feuilletons, aber auch in Kunst, Medizin, Politik, Ethik und Recht als Themen allgegenwärtig sind,¹⁰ findet das reale Sterben zusehends in spezialisierten Institutionen wie Palliative Care-Stationen, Hospizen oder Pflegeheimen statt.

Die Thanatosoziologie interpretiert diese Prozesse als eine Form gesellschaftlicher Diskursivierung von Sterben und Tod, in welcher sich gemäß Werner Schneider eine umfassende Um- bzw. Neuordnung des Lebensendes abzeichnet:¹¹

„Die zu beobachtende zunehmende öffentliche Diskursivierung von Sterben und Tod birgt eine Um- bzw. Neu-Ordnung der modernen Ordnung des Lebensendes in sich, in der die ‚natürliche Gegebenheit‘ des Todes als ‚dem Feind des Lebens‘, die ihm die Moderne erst verliehen hat, wieder verschwindet. Die öffentlichen Auseinandersetzungen um die Gültigkeit von Todesdefinitionen und Organspende-Ausweis, um Sterbehilfe versus Sterbebegleitung, um Patientenverfügungen und Behandlungsabbruch am Lebensende usw. kreisen nicht mehr primär um den medizinisch (an-)geführten Kampf für das Leben und damit gegen ‚den Tod‘. Sondern sie verweisen vielmehr auf eine neue Form der sozialen und kulturellen ‚Sicherstellung‘ von Sterben und Tod.“¹²

Das Neue an der Art und Weise des öffentlichen Redens über Sterben und Tod ist demnach dessen Ausrichtung oder Zielsetzung: Neu ist, dass Sterben nicht mehr in erster Linie etwas ist, das verhindert werden, sondern ein Bereich, der bewusst gestaltet werden soll, der nach eigenen Vorstellungen „sicherzustellen“, zu kontrollieren ist. In diesen gesellschaftlichen Prozessen entstehen zudem neue Vorstellungen und Normen darüber, wie ein gelungenes oder gutes Sterben auszusehen hat bzw. ein misslungenes oder schlechtes Sterben zu vermeiden sei.¹³ Zentrale Werte sind dabei offensichtlich die Selbstbestimmung und damit das Ideal, bewusst, kontrolliert und gemäß eigener Vorstellungen zu sterben, und die damit eng verknüpfte Wertschätzung der Erhaltung einer guten Lebensqualität möglichst bis zum letzten Atemzug.

2 Kontexte und Begriffe

Die Ergebnisse der EURELD-Studie, in deren Rahmen medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern erforscht wurden, haben gezeigt, dass beispielsweise in der Schweiz bei jedem zweiten Sterbefall Entscheidungen

¹⁰ Vgl. *Macho/Marek* (2007).

¹¹ Vgl. *Schneider*(2005), S. 31.

¹² *Schneider* (2005), S. 41f.

¹³ Vgl. dazu aus ethnographischer Sicht *Dresske* (2007 und 2008).

getroffen werden, welche das Lebensende des Betroffenen beeinflusst haben.¹⁴ Quantitativ standen dabei Entscheidungen zum Behandlungsabbruch und -verzicht sowie zur Linderung von Symptomen und Schmerzen deutlich im Vordergrund. Die ethisch sehr viel umstritteneren und teilweise auch strafrechtlich verbotenen Handlungen wie die Tötung auf Verlangen, die Suizidhilfe oder auch Fälle von Mitleidstötung wurden gemäß Studienergebnissen dagegen relativ selten praktiziert, stellten aber in allen sechs untersuchten Ländern eine mehr oder weniger große Realität dar. Abgesehen von nationalen Studien in den Niederlanden, die seit 1990 regelmäßig realisiert werden, sind ähnliche empirische Studien in Europa bislang nicht durchgeführt worden. Daher ist abgesehen vom niederländischen Kontext kaum etwas über die real bestehenden Praktiken am Lebensende bekannt. Erschwerend kommt hinzu, dass sich deutsche Institutionen nicht an der EURELD-Studie beteiligt haben, was vor allem auf die historische Belastung der hier teilweise erfragten Praktiken zurückzuführen sein dürfte.¹⁵ Die Schweiz war an der Studie beteiligt und hat dadurch Zugang zu empirischen Angaben zu Lebensende-Entscheidungen, welche sich allerdings auf die Praxis im Jahr 2001 beziehen, also auf einen Zustand, der gegenwärtig zumindest hinsichtlich der Praxis der Suizidhilfe nicht mehr den aktuellen Stand wiedergibt und der auch nur bedingt repräsentativ ist. Darüber hinaus ist auch für die Schweiz wenig bekannt, beispielsweise über den Einsatz von Schmerzmitteln am Lebensende, Entscheidungen zum Behandlungsverzicht oder -abbruch, die Praxen der Palliativen Sedation, der Suizidhilfe oder der Lebensbeendigung auf Verlangen oder aus Mitleid.¹⁶ Diese unbefriedigende Datenlage begünstigt die Gefahr der Ideologisierung gesellschaftlicher Diskurse.

Ein Vergleich der jüngeren Sterbehilfedebatten in der Schweiz und in Deutschland zeigt, dass die grundlegenden Brennpunkte der Debatten unterschiedlich lagen: Während in Deutschland Fragen des Behandlungsabbruchs und -verzichts (eine Begrifflichkeit, die seit einiger Zeit aufgrund ihrer Nähe zur missverständlichen Rede von der „passiven Sterbehilfe“ vermieden und neu mit der Formulierung „Änderung des Behandlungsziels“ beschrieben wird) sowie die Reichweite von Patientenverfügungen diskutiert wurden, standen in der Schweiz die Suizidhilfe und das Ringen um eine höhere Akzeptanz der Palliativen Care im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit. Gleichzeitig hat die rechtliche Neuregelung der Patientenverfügungen auf eidgenössischer Ebene, die voraussichtlich im Jahr 2013 mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht (einem Teil des Zivilgesetzbuches) in Kraft treten wird, im Vorfeld zu keinerlei öffentlichen oder politischen Kontroversen geführt.

¹⁴ Vgl. *Van der Heide et al.* (2003).

¹⁵ Vgl. *Frewer/Eickhoff* (2000).

¹⁶ Diese Lücke wird momentan im Rahmen eines Nationalen Forschungsprogramms angegangen, für welches der Bundesrat (die Schweizer Regierung) 15 Millionen Franken (etwa 11,5 Mio. Euro) zur Verfügung gestellt hat, vgl. www.nfp67.ch.

In einer ideengeschichtlichen Studie zu den Sterbehilfediskursen in England und den USA hat Ezekiel Emanuel aufzeigen können, dass das historisch in den letzten zweihundert Jahren immer wieder auftauchende Interesse an der Sterbehilfethematik in der Regel von drei gesellschaftlichen Umständen begleitet wurde:¹⁷ Erstens einer wirtschaftlichen Rezession und der damit verbundenen Infragestellung sozialstaatlicher Einrichtungen, zweitens der gesellschaftlichen Relativierung der ärztlichen Autorität und drittens einem großen Interesse an den Themen Schmerzlinderung und ärztliche Überbehandlung. Für Deutschland und die Schweiz haben wirtschaftliche Rezessionen in den letzten Jahren zwar nur phasenweise eine Rolle gespielt, allerdings waren das Stichwort der „Eigenverantwortung“ und die damit verbundene Infragestellung sozialstaatlicher Einrichtungen in den letzten Jahren stark präsent; die ärztliche Autorität dürfte selten so massiv relativiert worden sein wie in den vergangenen Jahren, und das Interesse an den Themen Schmerzlinderung, Palliative Care und der Vermeidung von therapeutischer Überbehandlung am Lebensende war ebenfalls unerhört groß. Trifft die historische Diagnose von E. Emanuel zu, und einige Anhaltspunkte bestätigen deren Richtigkeit auch für den Kontext der letzten Jahre in Mitteleuropa, dann dürfte für die kommenden Jahre gelten: Solange das gesellschaftliche Interesse für die Palliative Care und die Hospizbewegung bestehen bleibt, das Konzept der Eigenverantwortung betont wird und die ärztliche Autorität infrage gestellt bleibt, wird auch das Interesse an den umstrittenen Formen der Sterbehilfe, namentlich der ärztlichen Tötung auf Verlangen und der Suizidhilfe, im öffentlichen Diskurs manifest bleiben. Die Palliative Care-Diskurse und die Debatten um die umstrittenen Entscheidungen am Lebensende wie die Suizidhilfe bilden gleichsam zwei Seiten derselben Medaille, in beiden Debatten werden zudem ähnliche Werte vertreten, auch wenn die Meinungen im ethisch entscheidenden Punkt der Lebensverfügung gewöhnlich auseinander gehen.¹⁸

Ein Teil der normativen Debatten wird lediglich indirekt, nämlich über die Frage nach angemessenen Begriffen geführt. Im umstrittenen Bereich der Sterbehilfe ist es quasi unmöglich, eine von nationalstaatlichen Kontexten losgelöste, weitgehend deskriptive Begrifflichkeit grundzulegen, auf der eine vergleichende Darstellung und ethisch kontroverse Diskussion aufbauen könnten. Vielmehr bildet die Begriffspolitik einen wichtigen Teil der öffentlichen Debatten, wobei seit vielen Jahren etablierte Unterscheidungen in Frage gestellt und neue Begriffe geprägt werden sowie moralische Positionen in der Regel bereits an der gewählten Terminologie identifizierbar sind.¹⁹ Dabei bilden die beiden Begriffsfelder Suizid, Selbstmord, Freitod, Selbsttötung und Suizidhilfe einerseits und Tötung auf Verlangen, Mitleidstötung, Euthanasie, freiwillige, nicht-freiwillige und unfreiwillige Lebensbeendigung andererseits

17 Vgl. Emanuel (1994), S. 799.

18 Vgl. Hurst/Mauron (2006).

19 Vgl. Zimmermann-Acklin (2002), S. 88–154.

lediglich die Spitze des Eisbergs. Während die Schweizer „Arbeitsgruppe Sterbehilfe“ in einem Bericht zuhanden des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements 1999 begrifflich die Richtschnur eng entlang bestehender gesetzlicher Regelungen in der Schweiz geprägt hat, indem zwischen direkter aktiver, indirekter aktiver, passiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Selbstmord unterschieden wurde,²⁰ hat der Nationale Ethikrat in Deutschland in seiner Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ von 2006 dafür plädiert, die Rede von aktiver, passiver, direkter und indirekter Sterbehilfe sowie der terminalen Sedation ganz aufzugeben und neu nur noch zwischen Sterbebegleitung, Therapien am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen zu unterscheiden.²¹

Das Problem besteht darin, dass wir gewöhnlich Begriffe mit Wertungen verbinden, um bereits bei der Beschreibung eines Falls wertend Stellung beziehen zu können. Der Begriff „Sterbenlassen“ beispielsweise ermöglicht diese Redeweise nicht, so dass ein moralisch besonders verwerfliches Sterbenlassen (z.B. das einer drogensüchtigen Mutter, die ihr Baby in der Wohnung vergisst und dort verdursten lässt) in der Rechtsprechung als vorsätzliche Tötung verurteilt wird. Auch die Begriffe Hospiz und Palliative Care sind offen für unterschiedliche Deutungen, begriffliche Unterscheidungen rund um die Patientenvorsorge wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Äußerung von Behandlungswünschen, die in Deutschland eine zentrale Rolle spielen, sind bereits im Schweizer Kontext erläuterungsbedürftig.

Neuformulierungen werden schließlich nicht nur vorgeschlagen, um eine möglichst deskriptive Basis für die kontroversen Debatten zu bieten, sondern indizieren unter Umständen auch Verschiebungen in der gesellschaftlichen Bewertung bestimmter Handlungen: Wenn es beispielsweise in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2011 neu heißt, die Mitwirkung bei der Selbsttötung eines Patienten sei keine ärztliche Aufgabe, dann signalisiert diese Neuformulierung gegenüber der bisherigen Fassung, welche besagte, die Mitwirkung widerspreche dem ärztlichen Ethos, dass in der Ärzteschaft und darüber hinaus wohl auch in der Gesellschaft insgesamt ein Wertewandel bezüglich der Suizidhilfe stattgefunden hat.²² Es scheint unmöglich zu sein, im Bereich der Entscheidungen und Handlungen am Lebensende möglichst deskriptive, von nationalstaatlichen Kontex-

20 Vgl. *Arbeitsgruppe Sterbehilfe* (1999), S. 12–14. In der offiziellen französischsprachigen Übersetzung wird „aktive Sterbehilfe“ mit „euthanasie active“ übersetzt, womit angedeutet sei, dass sich die Unterscheidung zwischen den Begriffen Euthanasie und Sterbehilfe in der dreisprachigen Schweiz nicht konsequent durchhalten lässt.

21 Vgl. *Nationaler Ethikrat* (2006), S. 53–56. Es wird allerdings eingeräumt, dass auch diese Terminologie nicht frei von Missverständnissen sei.

22 Vgl. *Bundesärztekammer* (2011), S. A 346. Eine ähnliche Umformulierung wurde in den entsprechenden Schweizer Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften in der Fassung von 2004 vorgenommen, vgl. *SAMW* (2004), Ziffer 4.1.

ten losgelöste Begriffe zu prägen und diese dann auch dauerhaft in den gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskursen zu verankern.

3 Medizinethik als Teil von Governance

Ethikgremien spielen sowohl in den öffentlichen Debatten als auch bei Entwürfen zur rechtlichen Regulierung von Entscheidungen am Lebensende eine zunehmend wichtige Rolle. Parlamentarische Debatten und gesetzliche Regelungen, wie sie in den letzten Jahren namentlich für die gesetzlich verbindliche Regelung der Patientenverfügungen in Deutschland und in der Schweiz realisiert wurden, werden vorbereitet, geprägt und begleitet durch ein Netzwerk von interessierten Stakeholdern, zu denen insbesondere Ethikkommissionen zählen. Die Medizinethik und deren Gremien sind neben weiteren einflussreichen Kreisen wie Berufs-, Patienten- und Sterbehilfeorganisationen, Parteien oder Kirchen Teil der so genannten Governance, wie es Helga Nowotny und Giovanni Testa für die biomedizinische Ethik insgesamt festgestellt haben: Der Einschluss vielseitiger Interessen sowie ethischer und moralischer Bewertungen sind zum integralen Bestandteil staatlicher Regulierungen geworden.²³ Governance umschreibt eine Praxis, in welcher sich Beteiligte beispielweise im Sinne des Soft-Law freiwillig bestimmte Regeln setzen und sie für sich verbindlich erklären. Diese Form des „Regierens“ ergänzt zusehends das, was traditionell unter Regierung („Government“) verstanden wird und maßgeblich von der Idee einer zentralen Regulierung durch Gesetze ausgeht. Ein wichtiges Problem dabei bleibt – selbstverständlich neben der Frage nach der öffentlichen Legitimierung solcher Regelwerke, wie sie beispielsweise die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) sowie die berufliche Standesordnung der Schweizer Ärzteschaft (FMH) einerseits oder die Grundsätze der Bundesärztekammer (BÄK) sowie deren ärztlicher Berufsordnung andererseits darstellen – die Frage, wie mit dem moralischen Pluralismus sinnvoll umgegangen werden kann, der sich hinsichtlich der Lebensende-Entscheidungen auch in den Stellungnahmen und Regelungen widerspiegelt und spätestens dann zum Thema wird, wenn über die personelle Besetzung wichtiger Ethikgremien entschieden wird.²⁴ Die Einflussmöglichkeit der christlichen Kirchen auf biopolitische Diskurse ist beispielsweise in Deutschland und Österreich erheblich stärker als in der Schweiz, was sich daran zeigt, dass die Kirchen in der Schweiz in den nationalen Ethikgremien nicht präsent, während

²³ Vgl. Nowotny/Testa (2009), S. 92.

²⁴ Einen guten Überblick über Gremien, Verlautbarungen, gesetzliche Regelwerke, Richtlinien und Grundsätze zur Sterbehilfe bietet die Homepage des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Wissenschaften (DRZE) www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe (9.4.2011).

sie in Deutschland in der Regel mit Bischöfen der beiden großen Konfessionen vertreten sind.²⁵

Die beiden Vorläufergremien des 2007 eingesetzten Deutschen Ethikrats, der Nationale Ethikrat und die Enquetekommission des Deutschen Bundestags, hatten sich regelmäßig zu Fragen des Lebensendes geäußert, insbesondere zur Frage der Patientenverfügungen, der Palliativmedizin und Hospizarbeit und der Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Daneben stieß die Stellungnahme „Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten“²⁶ der Ethikkommission aus Rheinland Pfalz von 2004 auf große Beachtung, insofern hier die aktive Sterbehilfe zwar grundsätzlich abgelehnt wurde, jedoch auf extreme Ausnahmefälle hingewiesen wurde, in denen aufgrund des Selbstbestimmungsrechts Sterbenskranker ausnahmsweise eine aktive Sterbehilfe ethisch und rechtlich toleriert werden könnte. Der Gesetzgeber sollte die Möglichkeit einräumen, so die Kommission, in solchen Fällen von Strafe abzusehen. Zudem sei unter gewissen Umständen auch eine ärztlich assistierte Selbsttötung zu rechtfertigen. Dieser liberalen Einschätzung der Suizidhilfe wurde allerdings in einem Minderheitenvotum widersprochen.²⁷ Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer hat zudem im Jahr 2004 die erwähnten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung verfasst und diese 2011 überarbeitet.²⁸

In der Schweiz hat die seit 2001 bestehende Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) im Jahr 2005 einen Bericht zur „Beihilfe zum Suizid“, in welchem besonders strittige Fragen wie die Suizidhilfe bei psychisch Kranken oder Minderjährigen in Mehrheits- und Minderheitsvoten beurteilt wurden, und ein Jahr später eine Stellungnahme zu den Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe vorgelegt.²⁹ Überdies hat sie 2010 eine ablehnende Stellungnahme zum Regierungsvorschlag verfasst, den Strafrechtsartikel 115, welcher die Suizidhilfe nur für den Fall verbietet, in dem der Handlung selbstsüchtige Beweggründe zugrunde liegen, neu und strikter zu regeln.³⁰ Das Fehlen einer Auseinandersetzung mit den Themen Patientenverfügung, Hospiz und Palliative Care widerspiegelt die relativ bescheidene gesellschaftliche Aufmerksamkeit für diese Themen in der Schweiz. Die bereits seit 1979 bestehende Zentrale Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ist im Unterschied zu der erwähnten NEK nicht eine politisch, sondern in erster Linie berufsethisch orientierte Kommission, welche sich

25 Vgl. Halter (2006), S. 413.

26 Vgl. Bioethikkommission Rheinland-Pfalz (2004).

27 Vgl. Bioethikkommission Rheinland-Pfalz, S. 70, 107 und 144.

28 Vgl. Bundesärztekammer (2011).

29 Vgl. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2005 und 2006).

30 Vgl. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2010).

insbesondere mit der Formulierung von medizinisch-ethischen Richtlinien befasst.³¹ Neuere Richtlinien, welche das Lebensende betreffen, sind diejenigen zur „Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten“ von 2003, zur „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ von 2004, zur „Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen“ von 2005, zur „Palliative Care“ von 2006, zu „Reanimationsentscheidungen“ von 2008 und zu „Patientenverfügungen“ von 2009.

4 Sicherstellung des Sterbens

Im Kern der gegenwärtigen Sterbehilfe-Debatten geht es um die soziale und kulturelle Sicherstellung des Sterbens, zentrales Anliegen ist die bewusste und kontrollierte Gestaltung der letzten Lebensphase. Entsprechend stehen heute nicht mehr die Kontroversen um besonders umstrittene Handlungen im Zentrum, wie dies noch in den neunziger Jahren der Fall war, als beispielsweise aufgrund der Aktivitäten des 1997 verstorbenen Chirurgen Julius Hackethal um die Beurteilung der aktiven Sterbehilfe gestritten wurde, sondern die Frage, wie die letzte Lebensphase sinnvoll und menschlich gestaltet werden kann. Paradigmatisch dafür steht die in der Bibliothek der Lebenskunst des Inselverlags unter dem Titel „ars moriendi. Über das Sterben“ erschienene Monographie von Jean-Pierre Wils, in welcher der Autor ein Gespräch zwischen Ethik und Literatur führt.³² Auch in den öffentlichen Debatten, insbesondere den Massenmedien, finden Sinn- und Identitätsfragen Beachtung, die sich angesichts des Leidens, schwerster körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen und des Sterbens stellen. In der Regel werden diese durch besonders extreme Einzelfallsituationen ausgelöst, beispielsweise das Ergehen von Diane Pretty mit der Diagnose Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) in England, der 15 Jahre lang im Wachkoma liegenden Terri Schiavo in den USA, dem infolge eines Autounfalls nahezu vollständig gelähmten Vincent Humbert und der durch einen Gesichtstumor stark entstellten Chantal Sébire in Frankreich oder dem seit seiner Jugend an Muskeldystrophie leidenden Piergiorgio Welbi und der erwähnten Eluana Englaro in Italien.

Dass eine allzu verkrampfte Ausrichtung auf Planung und Kontrolle des Sterbens die Gefahr in sich birgt, das Gegenteil zu bewirken, nämlich im Namen der Autonomie zu einem rational durchplanten, gesellschaftlich inszenierten und damit zutiefst heteronomen Sterben zu werden, betont der Soziologe und Theologe Reimer Grone-meyer seit Jahren. In prophetischer Manier tritt er gegen jede Form von Fremdbestim-

³¹ Vgl. Tröhler (1999), S. 50f. Die Richtlinien sind auf der Homepage der SAMW zu finden (www.samw.ch).

³² Vgl. Wils (2007).

mung durch das Medizinsystem und zugunsten der Palliative Care³³ ein, lehnt sich gleichzeitig aber gegen eine falsch verstandene Übersorge am Lebensende auf, zu der seines Erachtens auch die flächendeckend eingeführte Palliativmedizin gehört. In seiner Streitschrift „Sterben in Deutschland“ betont er die Gefahr, das Sterben immer mehr zum Projekt der eigenen Planung und Vorsorge zu machen:

„Unser Leben zu planen, das haben wir gelernt. Kommt jetzt die Sterbeplanung dazu? Setzen sich in der Sterbebegleitung Modularisierung, Standardisierung, Qualitätskontrolle und Evaluation so durch, dass wir am Ende einem qualitätskontrollierten Sterben ausgeliefert sind?“³⁴

Auch wenn im Folgenden mit den Patientenverfügungen und der Suizidhilfe zwei wichtige Themenfelder voneinander abgegrenzt werden, sind die Grenzen de facto fließend, gehen die Diskurse ineinander über, werden in allen Bereichen, auch in der Palliative Care, die Grundwerte der Selbstbestimmung, Schmerzfreiheit, Lebensqualität und Kontrolle über das eigene Leben betont.³⁵ Eine Frage, die sich wie ein roter Faden durch alle Debatten hindurchzieht – auf negative Weise ist sie auch in den Rationierungsdebatten über den Begriff der „Zweckmäßigkeit“ von Maßnahmen zentral³⁶ – ist die nach der Bestimmung der Sinnlosigkeit von Behandlungen. Da die Bestimmung der Sinn- oder Zwecklosigkeit einer Maßnahme stets medizinisch-objektive Aspekte über die Wirksamkeit einer Behandlung, subjektive Aspekte der Bewertung der Lebensqualität und soziokulturelle Aspekte der Einschätzung von Zuständen zu berücksichtigen hat, oszilliert deren Bestimmung in der Regel zwischen evidenzbasierter medizinischer Expertise, subjektiver Einschätzung und kultureller Normierung, ist also ähnlich schwierig fass- oder definierbar wie die Grenzbegriffe Gesundheit und Krankheit.

4.1 Patientenverfügungen

Patientenverfügungen wurden sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz rechtlich verbindlich geregelt, wobei das bundesdeutsche Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts seit 2009 in Kraft ist, während die erstmalig auf nationaler Ebene verbindliche Regelung von Patientenverfügungen in der Schweiz mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht voraussichtlich 2013 in Kraft tritt. Während des Legiferierungsprozesses wurde in Deutschland massiv über den Geltungsbereich der Verfü-

³³ Für das ausgezeichnete Lehrbuch Palliative Care hat er beispielsweise das Geleitwort verfasst, vgl. Gronemeyer (2007a).

³⁴ Gronemeyer (2007b), S. 22, vgl. auch S. 187–199 („Death Control. Von der Kunst des Sterbens zum verwalteten Abgang“).

³⁵ Vgl. dazu den engagierten Diskussionsbeitrag von de Ridder (2010).

³⁶ Vgl. Zimmermann-Acklin (2010), S. 193–229, bes. S. 205–210.

gungen gestritten: Sollten Verfügungen lediglich am Lebensende, nachdem eine Krankheit einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen hat, oder unabhängig davon gelten? Sowohl im geltenden Recht als auch in der obersten Rechtsprechung hat sich die zweite Variante durchgesetzt, also die Position der grundsätzlichen Verbindlichkeit von Verfügungen. In der Schweiz wurde dagegen weder im Parlament noch in der Öffentlichkeit über eine mögliche Einschränkung des Geltungsbereichs von Patientenverfügungen gestritten. Die rechtliche Regelung der Patientenverfügung hat in der Schweizer Öffentlichkeit niemanden interessiert. Das dürfte in erster Linie damit zu erklären sein, dass die öffentliche Aufmerksamkeit der Praxis der Suizidhilfe gilt. In diesem Zusammenhang wird aber ebenfalls darüber gestritten, ob die grundsätzlich in der Gesellschaft auf relativ breite Akzeptanz stoßende Suizidhilfe auch für Menschen außerhalb der Sterbephase, namentlich für psychisch Kranke und für Menschen mit schweren Behinderungen, erlaubt bleiben soll. In beiden Diskussionskontexten stellt also das Ringen um eine möglichst klare Abgrenzung einer Sterbephase ein wichtiges Anliegen dar. Offensichtlich wird auf diese Weise versucht, die Sterbehilfe-Handlungen oder -Unterlassungen auf eine kaum objektiv zu bestimmende Phase am Lebensende einzugrenzen.

So wird auch verständlich, dass sich mit Blick auf Menschen im Wachkoma, die sich noch nicht in der Sterbephase befinden, ein Streit entfacht hat, der in Deutschland öffentlich ausgetragen wird, in der Schweiz hingegen über medizinisch-ethische Richtlinien geregelt ist und kaum öffentliche Debatten auslöst.³⁷ Der deutsche Streit hat dazu geführt, dass in der 2011 in neuer Bearbeitung veröffentlichten „Christlichen Patientenverfügung“, welche von der Evangelischen Kirche, der Katholischen Bischofskonferenz und der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen gemeinsam verantwortet wird, hinsichtlich der Frage der weiteren Behandlung (inklusive der künstlichen Ernährung) im Fall eines Wachkomas zwei alternative Textbausteine vorgeschlagen werden. Die katholische Kirche rät in einem Kommentar dringend von der Alternative ab, welche den Abbruch weiterer Maßnahmen wie der künstlichen Ernährung nach einem bestimmten Zeitraum im Wachkoma (z.B. nach einem Jahr) vorsieht.³⁸ Nach katholischer Lehrmeinung sei nur dann ein Abbruch der Maßnahmen vertretbar, wenn ein Wachkoma-Patient an einer Zweiterkrankung leide, die zum Tod führen könnte.

Diese Meinungsverschiedenheit zwischen den Kirchen zeigt auf, wie kompliziert es wird, wenn Institutionen nicht nur die grundsätzliche Autonomie des Patienten einfordern, sondern darüber hinaus inhaltliche Vorschläge machen, was ihres Erachtens in eine Verfügung hineingeschrieben werden sollte. Obgleich die Handreichung

³⁷ Vgl. *Zimmermann-Acklin* (2010), S. 363–368, mit Verweis auf die Richtlinien zur „Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten“ von 2003 (www.samw.ch, 9.4.2011).

³⁸ Vgl. *Deutsche Bischofskonferenz u.a.* (2011), S. 22.

der Kirchen in Deutschland streckenweise mehr an ein medizinethisches Fachbuch als an eine Information für interessierte Bürgerinnen und Bürger erinnert, kritisiert die Deutsche Hospizstiftung, dass in der Handreichung nach wie vor eine Reihe von Anhaltspunkten fehlten, namentlich für den Fall einer eintretenden Demenz. Wie umfassend müsste dann ein „vollständiges“ Manual ausfallen? Diese Vorgänge deuten an, dass die Vorstellung, vor der Reimer Gronemeyer warnt, das Sterben könne zu einem Projekt der eigenen Planung gemacht und über Patientenverfügungen kontrolliert werden, sich letztlich als Illusion herausstellen wird und Enttäuschungen vorprogrammiert sein dürften.

4.2 Suizidhilfe

Die Beihilfe zum Suizid ist im deutschen Strafgesetzbuch nicht geregelt und im schweizerischen nur dann unter Strafe gestellt, wenn der Handlung selbstsüchtige Beweggründe zugrunde liegen. In Deutschland wird jedoch im Zusammenhang mit der ärztlichen Suizidhilfe an der ärztlichen Garanten- oder Hilfeleistungspflicht festgehalten, sobald ein suizidwilliger Patient bewusstlos ist, wodurch die Suizidhilfe de facto ausgeschlossen wird. Auch wenn die Beihilfe gesellschaftlich umstritten beurteilt wird, deuten eine Reihe von Vorgängen, unter anderen die erwähnte Stellungnahme der Ethikkommission von Rheinland-Pfalz, ein Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung einiger Strafrechtler von 2005,³⁹ eine Umfrage unter der deutschen Ärzteschaft im Jahr 2010, bei der für über ein Drittel der Befragten unter Umständen ein begleiteter Suizid in Frage kommt, daneben die Änderung der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2011, darauf hin, dass die ablehnende Haltung in Deutschland nicht mehr so eindeutig ist, wie es bis anhin vertreten wurde. Entscheidend für diesen Meinungswandel ist eine Verschiebung in der moralischen Einschätzung des Suizids: Während die Verfügung über das eigene Leben noch bis vor einigen Jahrzehnten mit einem moralisches Tabu belegt war und in den letzten Jahren vor allem als Krankheit interpretiert wurde, wird der Suizid heute vermehrt als eine freie Handlungsmöglichkeit verstanden und akzeptiert.

Letzteres gilt ganz besonders für die Schweiz, insofern die Beihilfe zum Suizid auf relativ große gesellschaftliche Akzeptanz stößt. Entsprechend sieht die Nationale Ethikkommission in ihrer Stellungnahme von 2005 das entscheidende Problem darin, wie mit dem Spannungsverhältnis zwischen der gebotenen Fürsorge für suizidgefährdete Menschen einerseits und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines Suizidwilligen andererseits umgegangen werden könne.⁴⁰ Streitpunkte betreffen namentlich die Praxis der Beihilfe in Institutionen der Langzeit- und Akutpflege, bei Kindern

³⁹ Vgl. Schöch/Verrel (2005).

⁴⁰ Vgl. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2005), S. 66.

und Jugendlichen, bei psychisch Kranken und bei Sterbewilligen außerhalb der Sterbephase generell, schließlich im Hinblick auf mögliche rechtliche Neuregelungen. Eine von der Regierung 2009 vorgeschlagene gesetzliche Neuregelung, die in einer ersten Variante die Regelung von Sorgfaltspflichten im Strafgesetzbuch und in einer zweiten Variante ein strafrechtliches Verbot der organisierten Suizidhilfe beinhaltete, stieß in einer landesweiten Vernehmlassung mehrheitlich auf Ablehnung, obgleich von vielen beteiligten Institutionen ein rechtlicher Handlungsbedarf grundsätzlich festgestellt wurde.⁴¹ Auf auffällig starke Ablehnung stieß die Idee, die Suizidhilfe auf Menschen am Lebensende zu beschränken.

Bei der Suizidhilfe ist die Idee, das Sterben selbst zu planen und durchzuführen, zentral. Offen ist einerseits die individuelle ethische Frage, inwieweit Entscheidungen, sich das Leben zu nehmen, tatsächlich frei sind; in der realen Praxis dürfte es in der Regel um eine Mischung aus Zwängen, Ängsten und freien Beweggründen gehen. Offen ist andererseits die sozialethische Frage, wie detailliert der Staat den Bereich des Sterbens regulieren kann und soll, ohne einerseits den Lebensschutz und andererseits die Autonomie der Bürgerinnen und Bürger zu weit einzuschränken und ein Regime „staatlich geprüften Sterbens“ zu schaffen.

5 Ausblick

In den öffentlichen Sterbehilfediskursen wird deutlich, wo die Probleme heute liegen: Als problematisch empfunden werden das unnötig herausgezögerte Sterben, darüber hinaus aber auch ganz grundsätzlich Lebenssituationen, die durch Abhängigkeit, Autonomieverlust und Leiden geprägt sind. Entsprechend werden unabhängig von weltanschaulichen Meinungsverschiedenheiten, bei welchen es um die Reichweite des Lebensschutzes geht, als Grundwerte die Autonomie, Schmerzfreiheit, Lebensqualität und Kontrolle über das eigene Leben betont. Beobachten lässt sich überdies die Entstehung einer neuen biographischen Phase am Lebensende, die möglichst klar abgegrenzt werden soll, die in der Regel von Abhängigkeit, Autonomieverlust, Depressivität, Schmerzen und Leiden geprägt ist und entsprechend negativ bewertet wird. Das Problem ist, dass sich diese negativ bewerteten Phänomene in Wirklichkeit nicht auf eine letzte Lebensphase beschränken lassen, Leiden und Abhängigkeit auch in anderen biographischen Phasen präsent sind. Entsprechend wird auch die Idee, diese Phänomene durch Palliative Care, Patientenverfügungen oder Suizidhilfe aus der Welt zu schaffen, enttäuscht werden müssen.

⁴¹ Die Unterlagen sind auf der Homepage des Eidgenössischen Bundesamts für Justiz zu finden (www.bj.admin.ch, 9.4.2011).

Trifft diese Analyse in Ansätzen zu, dann dürften die Sinn- und Identitätsfragen angesichts von Leiden, Pflegebedürftigkeit, Begrenzungen aller Art und letztlich des Sterbens in Zukunft die Diskurse noch stärker bestimmen als bisher, auch wenn gleichzeitig mit einer starken Verrechtlichung des gesamten Bereichs zu rechnen ist. Traditionelle religiöse Deutungssysteme haben dabei massiv an Bedeutung verloren, an deren Stelle ist eine Pluralität von Semantiken und Sinndeutungen getreten, die bislang nur wenig erkundet wurden.

Literatur

- Arbeitsgruppe Sterbehilfe, 1999, *Sterbehilfe. Bericht an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement*, Bern.
- Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, 2004, *Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten*, Mainz (www.justiz.rlp.de, 6.4.2011).
- Bundesärztekammer, 2011, „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 108, S. A 346–A 348.
- de Ridder, Michael, 2010, *Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin*, München.
- Deutsche Bischofskonferenz/Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland/Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, 2011, *Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung*, Hannover/Bonn/Frankfurt a.M.
- Dresske, Stefan, 2007, „Interaktionen zum Tode. Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird“, in: Petra Gehring/Marc Rölli/Maxine Saborowski (Hg.), *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*, Darmstadt, S. 77–101.
- Ders., 2008, „Die Herstellung des ‚guten Sterbens‘. Arbeit an der Identitätssicherung im Hospiz“, in: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden, S. 215–235.
- Emanuel, Ezekiel J., 1994, „The history of euthanasia debates in the United States and Britain“, in: *Annals of Internal Medicine*, 121, S. 793–802.
- Frewer, Andreas/Eickhoff, Clemens (Hg.), 2000, *„Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*, Frankfurt a.M./New York.
- Göring-Eckhart, Kathrin, 2007, „Vorwort“, in: Dies., (Hg.), 2007, *Würdig leben bis zuletzt. Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung – Eine Streitschrift*, Gütersloh, S. 7–17.
- Gronemeyer, Reimer, 2007a, „Geleitwort“, in: Knipping, Cornelia (Hg.), *Lehrbuch Palliative Care, 2. durchgesehene und korrigierte Auflage*, Bern, S. 13–14.
- Ders., 2007b, *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserm Leben einräumen können*, Frankfurt a.M.
- Halter, Hans, 2006, „Das Problem der Implementierung. Aufgaben und Grenzen kirchlicher Stellungnahmen und moraltheologischer Reflexionen im biopolitischen Diskurs“, in: Hilpert, Konrad/Mieth, Dietmar (Hg.), *Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs*, Freiburg i.Br., S. 405–428.
- Hurst, Samia/Mauron, Alexandre, 2006, „The Ethics of Palliative Care and Euthanasia. Exploring Common Values“, in: *Palliative Medicine*, 20, S. 107–112.

- Jens, Inge, 2009, „Ein Nachwort in eigener Sache (2008)“, in: Jens, Walter/Küng, Hans, *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, München, S. 199–211.
- Jens, Tilmann, 2009, *Demenz. Abschied von meinem Vater*, Gütersloh.
- Kamann, Matthias, 2009, *Todeskämpfe. Die Politik des Jenseits und der Streit um Sterbehilfe*, Bielefeld.
- Kübler-Ross, Elisabeth, 2010, *Interviews mit Sterbenden*, Stuttgart (zuerst Stuttgart 1969).
- Lakotta, Beate/Schels, Walter, 2004, *Noch mal leben vor dem Tod. Wenn Menschen sterben*, München.
- Macho, Thomas/Marek, Kristin (Hg.), 2007, *Die neue Sichtbarkeit des Todes*, München.
- Marti, Kurt, 2008, „Wie die Spatzen.“ Interview zur Ausstellung „Noch mal leben vor dem Tod“, in: *Der Bund* Nr. 244, Beilage „Der kleine Bund“ vom 18.10.2008, S. 4.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, 2005, *Stellungnahme „Beihilfe zum Suizid“*, Bern.
- Dies., 2006, *Stellungnahme zu den Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe*, Bern.
- Dies., 2010, *Vernehmlassungsantwort zu den bundesrätlichen Vorschlägen für eine Änderung von Art. 115 StGB/Art. 119 MStG*, Bern.
- Nationaler Ethikrat, 2006, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*, Berlin.
- Nowotny, Helga/Testa, Giuseppe, 2009, *Die gläsernen Gene. Die Erfindung des Individuums im molekularen Zeitalter*, Frankfurt a.M.
- Schneider, Werner, 2005, „Wandel und Kontinuität von Sterben und Tod in der Moderne. Zur gesellschaftlichen Ordnung des Lebensendes“, in: Bauernfeind, Ingo/Mendl, Gabriela/Schill, Kerstin (Hg.), *Über das Sterben. Entscheiden und Handeln am Ende des Lebens*, München, S. 30–54.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2004, *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien*, Basel (www.samw.ch).
- Schöch, Heinz/Verrel, Torsten, 2005, „Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB)“, in: *Goldammer's Archiv für Strafrecht*, 152, S. 553–586.
- Tröhler, Ulrich, 1999, „Das ärztliche Ethos und die Kodifizierung der Ethik in der Medizin“, in: Bondolfi, Alberto/Müller, Hansjakob (Hg.), *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*, Basel, S. 39–61.
- Van der Heide, Agnes/Deliens Luc/Faisst, Karin et al., 2003, „End-of-lifedecision-making in six European countries: descriptive study“, in: *Lancet*, 362, S. 345–350.
- Wils, Jean-Pierre, 2007, *ars moriendi. Über das Sterben*, Frankfurt a.M./Leipzig: Insel-Verlag.
- Zimmermann-Acklin, Markus, 2002, *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage*, Freiburg i.Üe./Freiburg i.Br.
- Ders., 2010, *Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche, 2. erweiterte Auflage*, Freiburg i.Üe./Freiburg i.Br.