

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
(Prof. Dr. med. C. Wiesemann)
im Zentrum Psychosoziale Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Die ethische Diskussion um Entscheidungen am Lebensende in Deutschland und Israel:
Ein Kulturvergleich zu Einstellung und Handlungsmustern bei medizinischem
Fachpersonal und Laien**

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Maria Ricciardi geb. Rentsch

aus Leipzig

Göttingen 2014

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

I. Berichtstatterin: Prof. Dr. rer. nat. S. Schicktanz

II. Berichtstatter: PD Dr. Bernd Alt-Epping

III. Berichtstatter/in: Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier

Tag der mündlichen Prüfung: 29.10.2014

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Fragestellung und begriffliche Klärungen.....	5
2.1 Forschungsfragen.....	5
2.2 Begriffsbestimmung „Sterbehilfe“	7
2.3 Die Relevanz von Gesellschafts- und Kulturvergleichen in der Medizinethik.....	11
3. Material und Methoden	16
3.1 Recherche und Auswahl der Daten.....	16
3.2 Methode zur Auswertung der Daten	20
3.3 Tabellarische Zusammenstellung der berücksichtigten Studien	22
3.3.1 Empirische Studien zu Sterbehilfe aus Deutschland.....	22
3.3.2 Empirische Studien zu Sterbehilfe aus Israel	24
3.3.3 Empirische Studien zu Sterbehilfe aus beiden Ländern.....	25
4. Theoretischer Hintergrund: Rechtlicher, religiöser und gesellschaftlicher Rahmen für Entscheidungen am Lebensende.....	26
4.1 In Deutschland	26
4.1.1 Rechtliche Regelungen der Fragen bezüglich des Lebensendes.....	26
4.1.2 Kirchliche Positionen zu Sterbehilfe	32
4.1.3 Gesellschaftliche Einflussfaktoren	37
4.2 In Israel.....	39
4.2.1 Rechtliche Regelungen der Fragen bezüglich des Lebensendes.....	39
4.2.2 Religiöse Regelungen am Lebensende.....	44
4.2.3 Gesellschaftliche Einflussfaktoren	47
5. Die aktuelle Debatte um ethische Probleme bei Entscheidungen am Lebensende in Deutschland und Israel	49
6. Ergebnisse	59
6.1 Einstellung der Ärzte zu illegalen Formen der Sterbehilfe	60
6.1.1 In Deutschland	60
6.1.2 In Israel.....	63
6.1.3 Vergleich der Einstellungen der Ärzte zu illegalen Formen der Sterbehilfe	68
6.2 Einstellung der Ärzte zu legalen Formen der Sterbehilfe	70
6.2.1 In Deutschland	70
6.2.2 In Israel.....	74
6.2.3 Vergleich der Einstellungen der Ärzte zu legalen Formen der Sterbehilfe.....	75

6.3 Einstellung der Bevölkerung zu legalen und illegalen Formen der Sterbehilfe	77
6.3.1 In Deutschland	77
6.3.2 In Israel.....	81
6.3.3 Vergleich der Einstellung der deutschen und israelischen Bevölkerung zu legalen und illegalen Formen der Sterbehilfe	84
6.4 Einstellung zur Selbstbestimmung bei Entscheidungen am Lebensende in der Arzt-Patienten-Beziehung.....	85
6.4.1 In Deutschland	85
6.4.2 In Israel.....	88
6.4.3 Vergleich der Einstellung zur Selbstbestimmung in der Arzt-Patienten-Beziehung.....	91
6.5 Einfluss von Religion auf die Einstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes.....	93
6.5.1 In Deutschland	93
6.5.2 In Israel.....	94
6.5.3 Vergleich des Einflusses von Religion auf Fragen bezüglich des Lebensendes.....	96
7. Diskussion der Ergebnisse und Ausblick.....	98
8. Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit.....	110
9. Literaturverzeichnis	111

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
OLG	Oberlandesgericht
sog.	sogenannt
StGB	Strafgesetzbuch

1. Einleitung

Die Frage nach dem „guten Tod“ und die Gestaltung des Lebensendes beschäftigen die Menschen seit Jahrtausenden. So zeigte ebenfalls eine 2012 durchgeführte Studie des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands, dass der Wunsch nach Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Sterben in der deutschen Bevölkerung sehr präsent ist, denn knapp Zwei Drittel der Befragten beklagte, dass sich die Gesellschaft zu wenig mit diesen Fragen befasse (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband 2012,S.3).

Die letzte Lebensphase und das Sterben der Menschen haben sich durch den enormen medizinischen Fortschritt besonders in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der industrialisierten Welt stark verändert. Die Menschen erreichen ein höheres Lebensalter und erleben oft am Ende ihres Lebens eine lange Phase, die von Krankheiten und Gebrechlichkeit geprägt ist. Zusätzlich haben sich in den letzten Jahrzehnten die Familienstrukturen in der Form verändert, dass alte Menschen häufig auf sich allein gestellt sind oder in einem Pflegeheim betreut werden müssen. Nur noch ein sehr geringer Teil der Patienten¹ stirbt heutzutage in der häuslichen Umgebung. Rund 80% versterben im Krankenhaus oder in Pflegeheimen (Göckenjan 2008,S.10).

Durch diese großen Umwälzungen und rasanten Veränderungen werden viele Fragen, welche die letzte Lebensphase betreffen, neu gestellt. Besonders der intensivmedizinische Fortschritt erlaubt es heute, Menschen am Leben zu erhalten, wo noch vor wenigen Jahrzehnten keine therapeutischen Maßnahmen zur Verfügung standen. Diese Entwicklungen sind begrüßenswert und tragen zur Wohlfahrt unserer Gesellschaft bei. Trotz allem wecken sie auch bei vielen Menschen Ängste: die Angst vor Übertherapie, die Angst vor Kontrollverlust im Sterben, die Angst gegen den eigenen Willen am Leben erhalten zu werden und so ein Lebensende in Agonie zu erleben.

Im Zuge dieser Entwicklung gewinnt das Thema Sterbehilfe immer mehr an Bedeutung. Daher hat im Zuge der medizinischen Entwicklung und der damit verbundenen Veränderungen für das Sterben das Thema Sterbehilfe an Aktualität gewonnen. Sterbehilfe bezeichnet die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen in den Tod, wobei dessen Eintreten nicht mehr aufgehalten oder gar beschleunigt wird. Ziel ist es, einen sanften und schmerzarmen Tod zu ermöglichen sowie Leiden und Agonie nicht ohne

¹ Die vorliegende Untersuchung verzichtet um der besseren Lesbarkeit willen bei allgemeinen Personenbezeichnungen auf die Differenzierung in maskuline und feminine Formen. Wird die maskuline Form verwendet, ist auch immer die feminine mit gemeint.

Maß zu verlängern. Eine nähere Erläuterung der Formen der Sterbehilfe erfolgt in Kapitel 2.2.1.

Die Sterbehilfe berührt viele wissenschaftliche Bereiche, allen voran die Medizinethik. Denn über medizinische und rechtliche Prozeduren hinaus fordert die Diskussion um Sterbehilfe die Auseinandersetzung mit moralischen Werten. Dabei lassen sich drei Betrachtungsebenen unterscheiden: Sterbehilfe a) im akademischen und medizinethischen Kontext b) im öffentlich-gesellschaftlichen Kontext und c) im kulturellen Kontext.

In Bezug auf die *Medizinethik* stehen Fragen zwischen Arzt und Patient im Vordergrund. Ärzte verpflichten sich dazu, Leben zu erhalten (Bundesärztekammer 2011). Kann es daher für Ärzte jemals richtig sein, einem Patienten zum Sterben zu verhelfen? Ärzte stehen gegenüber dem Patienten in einer Fürsorgepflicht, denn ihre Aufgabe ist es, das Wohl der Patienten zu schützen. Doch bedeutet, im Sinne des Wohls des Patienten zu handeln, immer auch, dessen Leben zu verlängern? Gleichzeitig haben Patienten das Recht, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Das schließt prinzipiell auch Entscheidungen um Leben und Tod ein. Aber hat die Selbstbestimmung auch Grenzen? Gibt es moralische Werte, die über der Selbstbestimmung stehen?

Es wird deutlich, dass sich ethische Fragen um die Sterbehilfe nicht nur allein zwischen Arzt und Patient bewegen. Darüber hinaus gewinnt die Sterbehilfe aufgrund ihrer Bedeutungsspannweite auch eine *gesellschaftliche Dimension*. Von Fragen um die Sterbehilfe kommt man zu allgemeinen staatsbürgerlichen Fragen. Wie viel Autonomie wird einem Bürger zugebilligt? Welchen Stellenwert haben Werte wie der Schutz des Lebens oder die Achtung der Selbstbestimmung des Einzelnen? All dies sind Punkte, die im gesellschaftlichen Rahmen betrachtet werden müssen, denn der Staat entscheidet bei der Schaffung gesetzlicher Regelungen zur Sterbehilfe über solche Fragen.

Die Wertesysteme einer Gesellschaft sind jedoch kulturell geprägt. Ebenso ist das Verständnis von Leben, Tod und Krankheit je nach Kultur unterschiedlich (Turner 2005). Dadurch werfen sich für die Diskussion um Sterbehilfe neue Fragen auf, welche den *kulturellen Kontext* betreffen. Inwieweit spielen kulturelle Prägungen in die Einstellung zu Sterbehilfe mit hinein? Gibt es kulturspezifische Unterschiede beim Umgang mit Fragen bezüglich des Lebensendes und der Sterbehilfe?

Für die Diskussion um Sterbehilfe sind die drei genannten Ebenen also von zentraler Bedeutung. Eine Möglichkeit diese Ebenen zu untersuchen, bietet ein Vergleich zwischen zwei Ländern, die Unterschiede im gesellschaftlichen und kulturellen Hintergrund aufweisen. In diesem Sinne hat die vorliegende Arbeit zwei Zielsetzungen. Zum einen

soll es darum gehen, die Einstellung, das Verhalten und die Wertvorstellungen zu Fragen bezüglich des Lebensendes in zwei Ländern zu analysieren. In der vorliegenden Arbeit wurden dafür Deutschland und Israel ausgewählt. Die Untersuchung dieser beiden Länder erschien besonders vielversprechend, da sich der kulturelle und gesellschaftliche Hintergrund unterscheiden, gleichzeitig jedoch ähnliche medizinische Standards vorherrschen. Im zweiten Schritt sollen diese Ergebnisse miteinander verglichen werden, um so kultur- und gesellschaftsspezifische Elemente im Umgang mit Fragen bezüglich des Lebensendes beider Länder auffinden und herausarbeiten zu können. Um diese Zielsetzung zu erreichen, wurden keine neuen empirischen Studien in Deutschland und Israel durchgeführt, wodurch höchstwahrscheinlich nur ein Baustein zu den oben aufgeworfenen Fragen hätte geliefert werden können. Im Gegensatz dazu wird die Arbeit die zahlreichen, bereits vorhanden empirischen Daten zu einer großen Zusammenschau in Form einer qualitativen, komparativen Analyse nutzen. So liefert die vorliegende Arbeit gleichzeitig eine systematische Darstellung der empirischen Studien, die sowohl in Deutschland als auch in Israel zum Thema Sterbehilfe in der Zeit von 1990-2011 durchgeführt wurden, und welche in dieser Form bisher nicht vorliegt. Besonders soll in der vorliegenden Arbeit der kultur- und gesellschaftsspezifische Aspekt berücksichtigt werden. Daher konzentriert sich die Analyse der verwendeten Daten nicht nur auf einen Vergleich der unterschiedlichen Praktiken und Einstellungen in Bezug auf Sterbehilfe in Deutschland und Israel, sondern möchte diese speziell im Hinblick auf den Einfluss des kulturellen und gesellschaftlichen Kontextes beleuchten. Dazu zählen beispielsweise der Einfluss von Religion und Traditionen, das Sozialverständnis und die Bedeutung von national-politischen Normen.

Aus mehreren Gründen erschien der Vergleich zwischen diesen beiden Ländern besonders interessant und geeignet: Israel und Deutschland sind beide technisch hochentwickelte Länder, welche über eine ähnliche medizinische Infrastruktur und Therapiestandards verfügen. Unterschiede bei Entscheidungen am Lebensende in Deutschland und Israel können daher vorrangig nicht durch unterschiedliche medizintechnische Ausrüstung oder im Aufbau des Gesundheitssystems begründet sein. Deutschland und Israel sind durch einen unterschiedlichen gesellschaftlichen, religiösen und kulturellen Hintergrund geprägt. Im Vergleich bietet sich daher die Möglichkeit zu untersuchen, inwieweit sich diese Unterschiede in der Betrachtung von Fragen bezüglich des Lebensendes niederschlagen. Zudem sind Deutschland und Israel durch die Erfahrungen des Holocaust auf besondere Weise miteinander verknüpft. Hierin liegt ein weiterer interessanter Grund für die Auswahl beider Länder zur gemeinsamen Betrachtung. Inwiefern beeinflussen die historischen Erlebnisse die heutige Debatte um Sterbehilfe in beiden Ländern? Darüber

hinaus verspricht ein Vergleich von Deutschland und Israel in Bezug auf Fragen bezüglich des Lebensendes unterschiedliche Positionen, wie sie sich auch in anderen medizinischen Themen beispielweise im Umgang mit der Fortpflanzungsmedizin zeigen (Schicktanz et al. 2010a).

Zunächst seien einige Vorbemerkungen zur Methodik der vorliegenden Arbeit dargelegt, welche im fünften Kapitel näher erläutert wird. Empirische Grundlage der vorliegenden Untersuchung sind Studien zum Thema Fragen bezüglich des Lebensendes, welche mit deutschen und/oder israelischen Teilnehmern durchgeführt wurden. Diese Daten werden systematisch qualitativ analysiert in Bezug auf Einstellungen und Handlungsmuster gegenüber Sterbehilfe von medizinischem Personal und Laien in Deutschland und Israel. Es folgt ein kritischer Vergleich der gewonnenen Ergebnisse und deren Interpretation vor dem kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund von Deutschland und Israel. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es nicht, normative Aussagen über moralische Fragen bezüglich des Lebensendes zu treffen. Die vorliegende Arbeit erhebt also nicht den Anspruch, über die Zulässigkeit bzw. Verwerflichkeit der Formen von Sterbehilfe zu urteilen. Aufgrund der rein empirischen Datenbasis ist dies nicht möglich. Vielmehr sind die Studienergebnisse als Indikatoren für verbreitete Einstellungen einzuschätzen (Nationaler Ethikrat 2006,S.23). Sie können also dazu beitragen, die in der Gesellschaft vorherrschenden Werte offenzulegen, was ein wichtiges Ziel der vorliegenden Arbeit ist.

Der Aufbau der vorliegenden Untersuchung sieht folgendermaßen aus: Im zweiten Kapitel wird zunächst die Fragestellung der Arbeit genauer erläutert. Es erfolgt eine Vorstellung der Forschungsfragen, deren Beantwortung anhand der erhobenen Daten erfolgen soll. Des Weiteren wird in diesem Kapitel der Begriff der Sterbehilfe und ihrer unterschiedlichen Formen näher erläutert und im Sinne einer Arbeitsgrundlage für die vorliegende Untersuchung definiert. Darüber hinaus wird untersucht, inwieweit Kultur- und Gesellschaftsvergleiche für die Medizinethik relevant sein können und die Begriffe „Kultur“ und „Gesellschaft“ näher beleuchtet. Im anschließenden dritten Kapitel wird das methodische Vorgehen der deskriptiven Analyse erläutert. Die Datenerhebung und -auswertung werden beschrieben. Es folgt eine tabellarische Zusammenfassung der empirischen Studien, welche für die vorliegende Arbeit ausgewählt wurden, mit Angabe des Zeitpunkts der Veröffentlichung, der Probandenzahl, des Rücklaufs und des Themenbereichs. In den beiden folgenden Kapiteln wird ein Überblick über den Rahmen, in dem sich die Diskussion um Sterbehilfe in Deutschland und Israel abspielt, gegeben. Kapitel 4 trägt Informationen zu den in Deutschland und Israel herrschenden Bedingungen, welche die Fragen der Sterbehilfe betreffen, zusammen. Ziel dieses Abschnitts ist es, die Situation in Deutschland und Israel in Bezug auf Sterbehilfe zu erläutern, womit die

Grundlage für die nachfolgenden Überlegungen zum Einfluss von soziokulturellen Faktoren auf Fragen bezüglich des Lebensendes gelegt wird. Dafür wurden drei Kategorien ausgewählt. Im Unterpunkt „*Recht*“ wird der rechtliche Rahmen für Sterbehilfe untersucht. Dabei wird auf die Entwicklung der Gesetze eingegangen sowie der heute gültige Stand dargestellt. Der Unterpunkt „*Religion*“ widmet sich religiösen Regeln und Vorschriften, welche die Sterbehilfe betreffen sowie kirchlichen Stellungnahmen, die den Umgang mit Sterbehilfe behandeln. Dabei wird auf das Judentum für Israel sowie die evangelische und katholische Kirche für Deutschland eingegangen. Im Unterpunkt „*Gesellschaft*“ wird untersucht, ob sich bestimmte gesellschaftliche Charakteristika in Deutschland und Israel ausmachen lassen, welche die Diskussion um und die Einstellung zu Sterbehilfe mitbestimmen. Kapitel 5 befasst sich mit der bioethischen Kontroverse, die aktuell in Deutschland und Israel um Sterbehilfe geführt wird. Die zentralen ethischen Argumente, die dabei eine Rolle spielen, werden herausgearbeitet. In Kapitel 6 werden schließlich die Ergebnisse der deskriptiven Metaanalyse der empirischen Studien präsentiert. In fünf Unterkapiteln erfolgt die Auswertung der gewonnenen Daten. In den Unterkapiteln werden zunächst die deutschen, dann die israelischen Ergebnisse dargestellt und anschließend miteinander verglichen. Im letzten Kapitel dieser Arbeit werden die Ergebnisse der empirischen Analyse interpretiert werden. Es erfolgt eine Diskussion der eingangs aufgestellten Forschungsfragen in Hinblick auf die Ergebnisse der Datenauswertung. Des Weiteren wird diskutiert werden, inwieweit der kulturelle und gesellschaftliche Hintergrund die Einstellungen und das Verhalten in Bezug auf Sterbehilfe in Deutschland und Israel beeinflusst.

2. Fragestellung und begriffliche Klärungen

2.1 Forschungsfragen

In der Einführung wurde gezeigt, dass Sterbehilfe und Fragen bezüglich des Lebensendes ein Themenfeld von großer Aktualität und Relevanz für den Lebensalltag in Deutschland und Israel sind. Aus den in der Einleitung eingeführten Überlegungen ergeben sich für die vorliegende Arbeit folgende Zielsetzungen: Zunächst werden die Einstellungen und der Umgang mit Sterbehilfe in Deutschland und Israel untersucht, wobei medizinisches Fachpersonal und Laien betrachtet werden. Dies erfolgt in Form einer Auswertung von empirischen Studien, deren Ergebnisse mit der Expertendebatte zu Fragen bezüglich des Lebensendes, welche in beiden Ländern geführt wird, verglichen werden. Diese

Analyse bietet einen umfassenden Überblick über das Meinungsbild in Deutschland und Israel zu Fragen bezüglich des Lebensendes.

Das Material, welches aus den relevanten empirischen Untersuchungen gewonnen wurde, wird daher zunächst anhand folgender Fragestellungen analysiert werden:

- Welche Einstellung haben Ärzte in Deutschland und Israel zu illegalen Formen der Sterbehilfe? Wie verhalten sie sich ihr gegenüber?
Illegale Formen der Sterbehilfe sind in Deutschland die aktive Sterbehilfe, in Israel die aktive Sterbehilfe und der Therapieabbruch (Näheres siehe Kap. 4).
- Welche Einstellung haben Ärzte in beiden Ländern zu legalen Formen der Sterbehilfe? Wie verhalten sie sich im Umgang mit ihr?
Legale Formen der Sterbehilfe sind in Deutschland die passive und die indirekte Sterbehilfe, in Israel der Therapieverzicht und die indirekte Sterbehilfe. (Näheres siehe Kap. 4)
- Welche Einstellungen finden sich in der deutschen und israelischen Bevölkerung zur Sterbehilfe? Welches Verhalten zeigen sie ihr gegenüber?

Es wird angenommen, dass die Ergebnisse auf diese Fragen sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten offenbaren. Im zweiten Schritt wird untersucht werden, worauf sich diese Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Deutschland und Israel zurückführen lassen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf soziokulturellen Aspekten, wie sie in den Kapiteln, welche sich dem theoretischen Hintergrund widmen, vorgestellt werden. Im Einzelnen sollen folgende Fragen geklärt werden.

- Besteht ein Einfluss des kulturellen Hintergrunds auf das Verständnis von Fragen bezüglich des Lebensendes in Deutschland und Israel? In welcher Form äußert er sich?
- Lassen sich gesellschaftliche Einflussfaktoren ausmachen, die Umgang und Einstellung zu Sterbehilfe in beiden Ländern prägen?
- Verhält sich die Einstellung zu Sterbehilfe konkordant zum geltenden Rechtsrahmen in Deutschland und Israel? Lassen sich daraus Schlussfolgerungen für das Verhältnis zwischen Staat und Individuum ziehen?

2.2 Begriffsbestimmung „Sterbehilfe“

Im Folgenden wird der zentrale Begriff der vorliegenden Arbeit, nämlich „Sterbehilfe“, dargestellt und näher erläutert werden. Dies dient der Bereitstellung einer gemeinsamen Arbeitsgrundlage für die folgenden Erörterungen.

Die Verwendung der Begrifflichkeiten in Deutschland und Israel stimmt nicht in allen Fällen überein. Daher wird zunächst die deutsche Sterbehilfenomenklatur beschrieben, dann die israelische. Auch die relevanten Unterschiede werden gesondert diskutiert werden.

In Deutschland kommen verschiedene Einteilungen der Sterbehilfe und ihrer unterschiedlichen Formen vor (Frieß 2008, Sahn 2006). Einmal wird unterschieden, ob die Sterbehilfe freiwillig, nicht-freiwillig oder unfreiwillig geschieht. Bei dieser Einteilung dient das Einverständnis des Patienten als Anhaltspunkt. Von freiwilliger Sterbehilfe des Patienten wird gesprochen, wenn die Zustimmung des Patienten zur Sterbehilfe unmittelbar vorliegt. Nicht-freiwillige Sterbehilfe liegt vor, wenn der Patient im Moment der Handlung seine Meinung nicht äußern kann. Die Sterbehilfe erfolgt anhand seines mutmaßlichen Willens, dem entsprechend Angehörige und Ärzte handeln. Die unfreiwillige Form der Sterbehilfe erfolgt ohne Zustimmung des Patienten oder sogar trotz seiner Ablehnung. Diese letzte Form der unfreiwilligen Sterbehilfe kann nicht mehr zur medizinischen Sterbehilfe gezählt werden, sondern ist als Mord oder Totschlag zu werten (Frieß 2008). Ein weiteres Differenzierungsmerkmal stellt die Situation des Patienten dar. Die Bundesärztekammer unterscheidet in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ drei Gruppen von Patienten: Sterbende, Patienten mit infauster Prognose und anhaltend bewusstlose Patienten (Bundesärztekammer 2011). Des Weiteren wird zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe unterschieden. Diese Formen unterscheiden die Art der Einwirkung auf den Patienten (Schardien 2007). Zusätzlich ist der ärztlich-assistierte Suizid zu nennen. Diese Einteilung ist die geläufigste und wird auch in der Rechtsprechung verwendet (Schlögel und Hoffmann 2007). Es gibt in Deutschland keine offiziellen Begriffsbestimmungen der einzelnen Sterbehilfeformen in Form eines Gesetzestextes oder Richtlinien der Ärzteschaft. Daher werden die Begrifflichkeiten nicht einheitlich verwendet.

Die *aktive Sterbehilfe* ist die intendierte und von einem Arzt aktiv herbeigeführte, vorzeitige Beendigung des Lebens eines Patienten durch vorsätzliche Verabreichung lebensbeendender Substanzen auf Verlangen des Patienten (Oduncu 2005a). Von großer Wichtigkeit für die aktive Sterbehilfe ist die Intention des Arztes, den Tod des Patienten

herbeiführen zu wollen. Denn die medizinischen Handlungen können sich prinzipiell bei der aktiven Sterbehilfe und der indirekten Sterbehilfe ähneln. Bei beiden Formen kann es zum Einsatz von sedierenden Medikamenten kommen, die den Todeseintritt des Patienten beschleunigen. Entscheidendes Differenzierungsmerkmal beider Formen von Sterbehilfe bietet daher die Intention des Arztes, die bei der indirekten Sterbehilfe darin besteht, die Leiden des Patienten zu erleichtern (siehe unten) (Sahm 2006). Die wichtigste Komponente der aktiven Sterbehilfe ist, dass sie den ausdrücklichen Wunsch des Patienten voraussetzt. Geschieht die Tötung des Patienten ohne oder gar gegen sein Einverständnis, handelt es sich nicht mehr um eine Form der Sterbehilfe sondern schlichtweg um Mord (Frieß 2008).

Der *ärztlich-assistierte Suizid* bezeichnet die Hilfe des Arztes bei der Verwirklichung der selbstständig gefassten Suizidabsichten einer seiner Patienten beispielsweise durch Bereitstellung eines tödlichen Medikaments. (Oduncu 2005a). Die Tatherrschaft muss dabei im Gegensatz zur aktiven Sterbehilfe beim Suizidenten liegen. Unklar bleibt, an welche Patientengruppen sich diese Form der Sterbehilfe richten sollte. Richtet sie sich ausschließlich an akut tödlich Erkrankte oder auch an Patienten, die mit einer infausten Diagnose noch Jahre leben können oder auch an Personen, die des Lebens überdrüssig sind?

Die *indirekte Sterbehilfe* ist vom Bundesgerichtshof (BGH) folgendermaßen beschrieben worden: „eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann“ (BGH 1996). Die indirekte Sterbehilfe bezeichnet also die medizinisch adäquat durchgeführte Gabe von Medikamenten, welche dem Patienten Schmerzen nehmen und seine Angst lindern sollen. Darin besteht die primäre Intention des behandelnden Arztes. Als ungewollter Nebeneffekt kann diese Behandlung zu einer Verkürzung der Lebenszeit des Patienten führen (Sahm 2006), aufgrund dieser jedoch nicht von der Behandlung abgesehen werden soll.

Die *passive Sterbehilfe* wird vom Bundesgerichtshof wie folgt definiert: „Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten, sondern nur entsprechend dem erklärten und mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen geleistet werden, um dem Sterben – gegebenenfalls unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen“. (BGH 1991). Der Bundesgerichtshof zieht, ebenso wie es in westlicher Medizinethik üblich ist (Nationaler Ethikrat 2006), keinen

ethischen Unterschied zwischen Therapieverzicht und Therapieabbruch. Beide Formen der Therapiebegrenzung werden gleichwertig unter der ethisch gebotenen passiven Sterbehilfe zusammengefasst. Die Ursache des Todes des Patienten liegt in seiner Grunderkrankung. Daher wird diese Art des Eingreifens mit dem Adjektiv „passiv“ bezeichnet (Frieß 2008). Entscheidender Punkt bei der passiven Sterbehilfe ist, wie es auch der BGH bekräftigt, die Einwilligung des Patienten in die Sterbehilfe.

Die Definition der *Patientenverfügung* gemäß dem §1901a des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) lautet: „Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine Erklärung für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit, in welcher eine Einwilligung oder Ablehnung in eine zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehenden Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe erfolgt.“

Es wird deutlich, dass zu den Sterbehilfeformen, wie sie in Deutschland verstanden werden, ein Einverständnis des betroffenen Patienten unbedingte Voraussetzung ist.

In Israel findet keine Debatte über die Definitionen und Begrifflichkeiten der einzelnen Sterbehilfeformen statt. Leichtentritt und Rettig sehen als Ursache dafür die Eigenschaften des Hebräischen, welches nicht die sprachlichen Möglichkeiten biete, differenzierte Unterscheidungen im Zusammenhang mit Sterbehilfe zu beschreiben (Leichtentritt und Rettig 1999b). Insofern lassen sich in der fachethischen Literatur keine begrifflichen Erörterungen zu den Formen der Sterbehilfe finden. Einen Anhalt zum Verständnis der Sterbehilfeformen bieten am ehesten die Gesetzestexte. Nach israelischer Rechtslage werden folgende Sterbehilfeformen unterschieden: die aktive Tötung, die Hilfe zur Selbsttötung, die Unterlassung einer medizinischen Behandlung sowie der Abbruch einer medizinischen Behandlung (nach Dying Patient Act, 2005, Übersetzung von Christiane Steuer).

Die *aktive Tötung* wird definiert als eine Handlung oder medizinische Behandlung, deren Intention eine Tötung ist, oder deren Resultat mit hoher Wahrscheinlichkeit die Verursachung des Todes ist, unabhängig davon, ob sie auf Bitten des Patienten unternommen wird.

Die *Hilfe zur Selbsttötung* wird beschrieben als Handlung oder medizinische Behandlung, die eine Hilfe zur Selbsttötung darstellt, unabhängig davon, ob sie auf Bitten des Patienten unternommen wird.

Unter *Unterlassung* (*withholding*) wird die Nichteinleitung einer mit dem unheilbaren medizinischen Problem des Patienten verbundenen medizinischen Behandlung, einschließlich von Untersuchungen, Operationen, einer Reanimation, einem Anschluss an ein Beatmungsgerät, einer chemotherapeutischen Behandlung, einer Strahlentherapie oder einer Dialyse verstanden.

Ein *Abbruch* (*withdrawal*) wird bezeichnet als Unterbrechung einer medizinischen Behandlung, die wahrscheinlich zum Tod des Patienten führt, unabhängig davon, ob er bei Bewusstsein ist oder nicht.

Ein Konstrukt wie die indirekte Sterbehilfe wird im Dying Patient Act nicht explizit erwähnt. Es wird erklärt, dass eine adäquate Schmerzbehandlung der Patienten auch mit der Gefahr der Lebensverkürzung zulässig ist. Diese darf jedoch nicht die primäre Intention des Arztes sein.

Eine *Patientenverfügung* wird als „vorgezogene medizinische Anweisung“ (Benzenhöfer und Steuer 2010,S.23) definiert.

Auffällig bei den israelischen Definitionen der Sterbehilfeformen ist, dass eine klare Unterscheidung zwischen dem Verzicht und dem Abbruch von Therapiemaßnahmen getroffen wird. Hierin besteht ein deutlicher Unterschied zum deutschen Verständnis, nach dem diese beiden Formen als gleichwertig betrachtet werden. Sowohl in Deutschland als auch in Israel werden eine Form der Tötung des Patienten und eine Form der Suizidbeihilfe unterschieden. Ein großer Unterschied liegt in der Bedeutung des Patientenwillens. In Israel ist der Wunsch des Patienten nicht als unbedingte Voraussetzung an die Durchführung von Sterbehilfe geknüpft. In Deutschland dagegen ist keine Form der Sterbehilfe ohne das Einverständnis der Patienten möglich.

Nicht alle der vorliegenden Arbeit zugrundeliegenden empirischen Untersuchungen arbeiten mit den angegebenen Definitionen. Zum Teil kommt es zu erheblichen Verkürzungen oder Abweichungen, beispielsweise wenn auf den Zusatz, dass die Sterbehilfe nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgt, verzichtet wird. Da die verwendeten Definitionen der Sterbehilfeformen auch das Antwortverhalten beeinflussen können, wird im Falle einer Abweichung von obengenannten Definitionen die in der Studie verwendete gesondert erwähnt werden.

2.3 Die Relevanz von Gesellschafts- und Kulturvergleichen in der Medizinethik

Seit den 1990er Jahren zeigt sich eine erhöhte Sensitivität in der Medizinethik für den Einfluss des kulturellen und gesellschaftlichen Kontextes auf moralische Wertvorstellungen. Grund dieser Entwicklung ist ein verstärkter Kontakt zwischen den Nationen, der durch die Globalisierung, eine weltumspannende Kommunikation sowie die Verquickung unterschiedlichster nationaler und internationaler Interessen entstanden ist. In internationalen Institutionen wie den Vereinten Nationen oder der Weltgesundheitsorganisation wird ein für alle Nationen verbindlicher Umgang mit Menschenrechten und medizinethischen Fragen angestrebt (Düwell 2008). Schließlich kommt es durch die Einwanderung und die daraus folgende Durchmischung von Menschen verschiedener Herkunft zur Konfrontation von unterschiedlichen Lebensvorstellungen und Normen. Durch diese vielfältigen Berührungspunkte wird deutlich, dass es zahlreiche unterschiedliche moralische Bewertungen medizinethischer Fragen gibt. Da deren Ursprung auch auf den kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund zurückgeführt werden kann, widmet sich die Medizinethik mit erhöhter Aufmerksamkeit dem Einfluss von Kulturalität auf Wertvorstellungen. Diesen Trend bezeichnet man als kulturalistische Wende (Wohlrapp 2000) oder „cultural turn“ der Medizinethik (Schicktanz 2009). In zahlreichen medizinethischen und medizinanthropologischen Untersuchungen wird deutlich, dass das Verhältnis von Krankheit, Sterben und Tod kulturabhängig ist. Die Einbindung der Familie und des Patienten selbst in den Behandlungsprozess und damit verbunden die Priorität, welche der Selbstbestimmung des Patienten zugestanden wird, sind beeinflusst vom kulturellen Kontext (Düwell 2008). Im Zuge dieser Auseinandersetzung mit kulturabhängigen Wertvorstellungen wurde verdeutlicht, dass die bisherige Medizinethik von westlichen Moralvorstellungen dominiert wurde (Tao Lai Po-Wah 2002a, S.42). Als zentrale westliche bioethische Prinzipien wurden unter anderem Autonomie und Gerechtigkeit angesehen (Beauchamp und Childress 2009), wogegen von einem östlichen Standpunkt die Rolle der Familie und die Gemeinschaft eine wichtige Rolle spielen. Die Frage, ob es folglich möglich sei, eine allgemeingültige Medizinethik zu entwickeln findet sich wieder im Streit zwischen Vertretern eines moralischen Universalismus und Relativismus (Schicktanz 2009). Beide Schulen erkennen gleichermaßen an, dass zu unterschiedlichen Zeiten in verschiedenen Kulturen andere moralische Normen vorherrschen. Die Relativisten gehen davon aus, dass jede Kultur zu jeder Zeit ihre eigenen Moralvorstellungen hatte. Dies bedeutet, wenn beispielsweise der Infantizid im antiken Griechenland der geltenden Moral nicht widerspricht, Relativisten dies als moralisches Verhalten anerkennen. Sie

lehnen die universelle Gültigkeit von Normen ab. Universalisten hingegen glauben, dass es einen Grundstock von allseits gültigen Normen gibt. Sie gehen davon aus, wenn von anderen Kulturen und in anderen Epochen davon abweichende Verhaltensweisen als moralische angesehen wurden, dies nicht bedeutet, dass diese auch der universellen moralischen Norm entsprechen sollten. Neben der Frage, ob es überhaupt universell gültige medizinethische Normen gibt, besteht daher des Weiteren eine Debatte darüber, wie weitreichend allgemeingültige Normen überhaupt sein können, sprich wie „klein“ oder „groß“ ein gemeinsamer Nenner universeller Normen sein kann (Tao Lai Po-Wah 2002b).

Bei der Untersuchung des Einflusses des kulturellen und gesellschaftlichen Kontextes auf moralische Normen existieren begriffliche Schwierigkeiten. Die zentralen Bezeichnungen „Kultur“ und „Gesellschaft“ sind sehr unscharfe, viel diskutierte Begriffe, die sich in ihrer Bedeutungsspannweite durchaus überschneiden. „Kultur“ und „Gesellschaft“ beschreiben zunächst „Beziehungssysteme, welche Individuen miteinander verknüpfen.“ (Giddens 1999,S.20).

Der Kulturbegriff

Beim Kulturbegriff lassen sich vier historische Grundbedeutungen unterscheiden (Busche 2000). In der vorliegenden Arbeit wird „Kultur“ in einem ethnologischen Sinn verstanden als „Traditionszusammenhang von Institutionen, Lebens- und Geistesformen, durch den sich Völker und Epochen voneinander unterscheiden“ (Busche 2000,S.77) und nicht im Sinne von Kultiviertheit oder Selbstveredlung.

Eine klassische Definition von „Kultur“ stammt von Edward Tylor (1832-1917), dem Urvater der Kulturanthropologie. Er beschreibt „Kultur“ folgendermaßen: „Kultur oder Zivilisation im weitesten ethnographischen Sinne ist jener Inbegriff von Wissen, Glauben, Kunst, Moral, Gesetz, Sitte und allen übrigen Fähigkeiten und Gewohnheiten, welche der Mensch als Glied der Gesellschaft sich angeeignet hat.“ (Tylor 1873. Olms, Hildesheim 2005,S.1).

In dieser Definition werden bestimmte Merkmale aufgezählt, die von den Angehörigen einer Gruppe verstanden werden und diese damit von anderen Gemeinschaften abgrenzt. Diese Beschreibung wurde später immer wieder als zu starr und zu eindimensional kritisiert (Aime 2008). Der polnische Kulturanthropologe Bronislaw Malinowski (1884-1942) geht einen Schritt weiter und versucht, neben der Charakterisierung des Kulturbegriffs zu ergründen, weshalb und wie Kultur entsteht. Dabei betrachtet er Kultur von ihrer funktionalen Seite und geht davon aus, dass es ihre primäre Aufgabe ist, menschliche

Bedürfnisse zu befriedigen (Malinowski 2006). Denn durch Kultur werden die Menschen in die Lage versetzt, mit den konkreten Problemen, die aus ihrer Umwelt und ihren Bedürfnissen folgen, umzugehen. Malinowski geht dabei davon aus, dass die Menschen Teil einer sozialen Gemeinschaft sind. Das soziale Verhalten muss organisiert werden beispielsweise durch Familie, Erziehung oder Moral. Diese Formen der sozialen Organisation bezeichnet Malinowski als Institutionen. Die Gesamtheit dieser Institutionen bildet die Kultur einer sozialen Gemeinschaft (Malinowski 2006). Die Institutionen repräsentieren die Vorstellung des sozial angemessenen und funktional erforderlichen, sprich des richtigen Verhaltens (Abels 2004). Für Malinowski erhält die Kultur damit einen normativen Charakter.

Diese Normativität der kulturell erzeugten Institutionen steht im Zentrum der Kulturtheorie des Soziologen Talcott Parsons (1902-1979). Er fragt danach, wie Individuen dazu motiviert werden können, freiwillig eine soziale Ordnung einzugehen (Abels 2004). Er geht davon aus, dass menschliches Verhalten in einer Gemeinschaft verlässlich sein muss. Die Verständigung der Akteure muss garantiert sein. Diese Funktionen werden laut Parsons durch Normen und Werte erfüllt, auf denen die soziale Ordnung beruht (Parsons 2003). Diese Werte, Normen und Symbole sind im Kultursystem verankert und finden über Institutionen ihren Eingang in das Sozialsystem, sprich die Gesellschaft. Das Kultursystem bildet die Basis für das Verhalten der Menschen in der Gesellschaft. Der soziale Zusammenhalt bleibt möglich, da durch die Sozialisation die Individuen dazu gebracht werden, ohne Zwang das zu wollen, was sie sollen (Parsons 2003). Daher wird Parsons Theorie auch als voluntaristische Handlungstheorie bezeichnet (Abels 2004). In den Theorien Parsons fällt bereits auf, dass „Kultur“ und „Gesellschaft“ eng miteinander verknüpft sind.

Das Verständnis von „Kultur“ nach Malinowski und Parsons macht deutlich, dass sich der Kulturbegriff nicht nur auf große Völkergemeinschaften bezieht. Innerhalb einer sozialen Ordnung existieren Subkulturen (Turner 2005). So folgt das Verhalten von Ärzten festgesetzten Normen und verfügt über charakteristische Symbole. Diese Werte werden im Laufe von mehreren Jahren entsprechender Sozialisation im Studium vermittelt. Die Zugehörigkeit zur Gruppe der Ärzte wird durch einen bestimmten Initiationsritus, das Schwören eines Eides, bekräftigt. Dieser Aspekt macht deutlich, dass sich interkulturelle Vergleiche nicht nur auf den Vergleich einzelner Länder konzentrieren müssen, sondern auch wertvolle Informationen für den Umgang verschiedener Gruppen innerhalb einer Gemeinschaft liefern können.

Der Gesellschaftsbegriff

Nach der Gesellschaftstheorie des französischen Soziologen Emile Durkheim (1858-1917) leitet sich gesellschaftliche Ordnung aus einem Erleben von Solidarität der einzelnen Individuen zueinander ab (Abels 2004). Durkheim geht davon aus, dass Individuen, unabhängig der Fülle ihrer Möglichkeiten, letztendlich immer aufeinander angewiesen sind. Dadurch kommt es zu einer Aufteilung von Funktionen, welche Durkheim als „Arbeitsteilung“ bezeichnet (Durkheim 1993). Durch die Arbeitsteilung entsteht ein Gefühl von Verbundenheit, von Solidarität, welches „das Prinzip des Sozialen schlechthin“ ist (Abels 2004, S.117). Durkheim unterscheidet weiter verschiedene Differenzierungsgrade der Gesellschaften, die segmentierte und die arbeitsteilige Gesellschaft. Die segmentierte Gesellschaft beschreibt eine Frühform der Gesellschaft, in der Menschen unabhängig in kleineren Gruppen wie Clans oder Familien leben und mit anderen kaum Beziehungen pflegen. Mit zunehmender Komplexität der Gesellschaft lösen sich diese geschlossenen Gruppen, denn nicht jeder kann mehr alles tun. Es kommt zur Aufteilung von Funktionen in Form von Arbeitsteilung. In dieser Gesellschaftsform, die unsere moderne Gesellschaft repräsentiert, erfüllt jeder eine bestimmte Aufgabe in einem bestimmten Ausschnitt des gesellschaftlichen Ganzen (Abels 2004).

Auch der deutsche Systemtheoretiker Niklas Luhmann (1927-1998) beschreibt verschiedene Differenzierungsstufen von Gesellschaft und entwickelt das Modell Durkheims weiter (Kneer und Nassehi 1993). Ähnlich wie Durkheim beginnt er mit einem segmentären Stadium, in dem die Gesellschaft in gleiche Teilsysteme wie Familien oder Dörfer ausdifferenziert ist. Dieses Stadium lässt nur sehr limitierte Möglichkeiten zur Bewältigung von Problemlagen zu, wodurch es mit der Zeit zur Ausbildung spezialisierter Teilsysteme kommt, welche nicht mehr gleich sondern voneinander unterschiedlich sind. Es kommt zur Ausbildung ungleicher Schichten, zur stratifikatorischen Differenzierung (Kneer und Nassehi 1993). Die Teilsysteme sind dabei streng hierarchisch geordnet, man denke beispielsweise an das Lehnswesen im feudalistischen Mittelalter. Zusammengehalten wurden diese ungleichen Teilsysteme der Gesellschaft durch einen religiösen Überbau, durch den die Hierarchien gerechtfertigt wurden (Kneer und Nassehi 1993). Durch die Zunahme der gesellschaftlichen Komplexität durch Ereignisse wie beispielsweise die Reformation löst sich die hierarchische Ordnung zunehmend auf und es kommt zur Differenzierung gesellschaftlicher *Funktionen* zu Teilsystemen. Luhmann spricht von funktionaler Differenzierung, welche der Lebensform unserer modernen Gesellschaften entspricht. Diese funktionalen Teilsysteme sind beispielsweise Wirtschaft, Politik, Recht,

Erziehung, Wissenschaft oder Kunst. Aus diesen Teilsystemen setzen sich unsere modernen Gesellschaften zusammen (Ritsert 2000). Die Gesellschaft ist damit multizentrisch geworden, denn eine zentrale Instanz von gesamtgesellschaftlicher Reichweite, wie sie die Religion für die stratifikatorische Differenzierungsstufe dargestellt hat, gibt es nicht mehr (Kneer und Nassehi 1993).

In der vorliegenden Arbeit werden der Kultur -und Gesellschaftsbegriff im dargelegten Sinn verwendet werden. Die Kultur bezeichnet einen weiteren und abstrakteren Überbau menschlicher Beziehungen in einer Gruppe mit überspannenden Normen, Riten und Vorstellungen von sozialen Verhaltensmustern. Gesellschaft dagegen setzt sich aus konkreten Funktionen zusammen wie Recht, Wirtschaft und Politik. Kultur und Gesellschaft sind damit nicht als gänzlich unabhängig voneinander zu betrachten, sondern sie stehen in Wechselwirkungen zueinander, die sich in jedem Land in unterschiedlicher Weise vereinen. Der Funktionsweise gesellschaftlicher Institutionen liegen in der Kultur verankerte Normen zugrunde. So spielen auch in der Medizin in Deutschland sowohl kulturelle Normen wie der Respekt vor dem Individuum als auch gesellschaftliche Maßstäbe wie der Aufbau eines gerechten, allen zur Verfügung stehenden Gesundheitssystems eine Rolle.

Was bietet nun interkulturelle Forschung? Sie ist notwendig, um beurteilen zu können, inwiefern spezifische Kulturunterschiede bei unterschiedlicher Einschätzung medizinethischer Fragen zum Tragen kommen. Durch die Kenntnis andersartiger Betrachtungsweisen entsteht Verständnis dafür. Dies ist wiederum die Voraussetzung für einen produktiven Umgang mit medizinethischen Problemen. Die Analyse kultur- und gesellschaftsspezifischer Sichtweisen bietet so die Möglichkeit, den eigenen Standpunkt zu hinterfragen, andere Ansätze aufgezeigt zu bekommen mit ethischen Konflikten umzugehen und Lösungen zu finden (Schicktanz 2003).

Bei der Analyse des kulturellen und gesellschaftlichen Kontextes darf trotz allem nicht außer Acht gelassen werden, dass in einer Kultur oder Gesellschaft nie völlig homogene Wertvorstellungen vorherrschen. Denn neben der Kulturzugehörigkeit und dem gesellschaftlichen Hintergrund spielen andere, individuelle Faktoren für moralische Wertvorstellungen eine Rolle wie das Geschlecht, Bildung oder persönliche Erfahrungen (Turner 2004).

Das Konzept kultur- und gesellschaftsabhängiger Normen bringt in Erinnerung, dass Unterschiede bei der Wahrnehmung moralischer Fragen bestehen und führt damit zu mehr Verständnis von „Andersartigkeit“ (Turner 2005,S.308). Diese Vielfältigkeit in ethi-

schen Fragen ist insbesondere wichtig, solange es nicht möglich ist, nur einen Standpunkt als den einzig moralisch richtigen auszumachen (Cutter 2002).

3. Material und Methoden

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, die empirischen Untersuchungen der Einstellung von medizinischem Fachpersonal, Patienten und Laien zu Fragen bezüglich des Lebensendes in Deutschland und Israel zu eruieren und vergleichend zu analysieren. Dazu wird die Methode des qualitativen Literaturvergleichs (narrative synthesis) eingesetzt (siehe Kapitel 3.2). Dieses qualitative Verfahren entspricht der Zielstellung dieser Arbeit, weil es sich bei vergleichbaren Fragestellungen als Methode zur Auswertung von Primärstudien bewährt hat (Popay et al. 2006). Die Datengrundlage bilden die in großer Zahl vorhandenen empirischen Untersuchungen zum Thema Sterbehilfe, welche in Deutschland und Israel im Zeitraum zwischen 1990-2011 erhoben worden sind (siehe Abschnitt 3.1 und 3.3 – tabellarische Übersicht der Studien).

3.1 Recherche und Auswahl der Daten

Am Beginn der Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Ziel war es, alle quantitativen und qualitativen empirischen Studien aus dem Zeitraum zwischen 1990 und 2011 aus Deutschland und Israel, die sich mit der Einstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes befassen, aufzufinden. Diese methodologische Vorgehensweise bietet den Vorteil einer besonders umfassenden und breiten Datenbasis. 1990 wurde als untere zeitliche Grenze gewählt, weil eine erste Sondierung der Studienlage zeigte, dass davor kaum systematische Untersuchungen zum Thema vorliegen. Des Weiteren wurde Literatur zur bioethischen Debatte zu Fragen bezüglich des Lebensendes in Deutschland und Israel gesucht. Die Literaturrecherche wurde schwerpunktmäßig im März 2010 durchgeführt und dabei sowohl in Datenbanken als auch auf iterativem Weg nach Literatur gesucht.

Folgende Datenbanken wurden nach Studien durchsucht:

- der Katalog der Staatlichen Universitätsbibliothek, Göttingen;
- der Katalog der Deutschen Nationalbibliothek, Frankfurt am Main;

- der Karlsruher virtueller Katalog,
- die Library of congress, Washington, DC
- die Belit-Datenbank, Pubmed,
- die Datenbank des Kennedy Institute, Washington, DC

Abschließend wurde eine Suche mittels Google Scholar durchgeführt.

Für die Suche wurden folgende Suchbegriffe allein und/oder in Kombination miteinander verwendet:

Begriffe um Sterbehilfe: "Sterbehilfe"/ "Entscheidungen am Lebensende"/ "lebenserhaltende Maßnahmen"/ "Selbstbestimmung"/ "Patientenverfügung"/ "Suizid"/ "Selbstmord"/ "Selbsttötung"/ "Religion"/ "Religiosität"/ "Ethik" oder "ethisch"/ "euthanasia"/ "withdrawing"/ "withholding"/ "end-of-life decisions"/ "life-sustaining treatment"/ "autonomy"/ "advance directive"/ "suicide"/ "religion"/ "religiosity"/ "ethics".

Begriffe zu empirischen Erhebungen: "Studie"/ "Einstellung"/ "Metaanalyse" / "survey"/ "attitude"/ "meta analysis".

Begriffe zu Probanden: "Arzt"/ "Pfleger"/ "Patienten"/ "Angehörige"/ "Bevölkerung"/ "Öffentlichkeit"/ "Laie"/ "physician"/ "nurse"/ "patient"/ "relatives"/ "lay"/ "public opinion"

Begriffe um die Länder: "Deutschland" oder "deutsch"/ "Israel" oder "israelisch" oder "jüdisch"/ "Germany"/ oder "German" / "Israel" oder "Israeli" oder "Jewish"

Im Lauf der Jahre 2010 und 2011 wurde nachrecherchiert, ob neue Studien erschienen sind.

Zur Prüfung der Trefferqualität der Stichwortsuche in Datenbanken schloss sich eine iterative Literaturrecherche an, basierend auf Referenzangaben in wissenschaftlichen Texten, die für die vorliegende Arbeit verwendet wurden. Des Weiteren wurde spezifisch nach Autoren gesucht, die häufig im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Arbeiten zu Sterbehilfe in Deutschland oder Israel stehen. Diese Recherche verlief über den gesamten Zeitraum der Bearbeitung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Sie lieferte ca. 10 % der gesamten gefundenen Beiträge.

Trotz einer umfassenden Suche kann keine vollständige Sicherheit darüber bestehen, dass alle empirischen Studien zum Thema gefunden wurden. Mit einer relevanten Beein-

flussung des Ergebnisses ist aufgrund der hohen Zahl an einbezogenen Untersuchungen nicht zu rechnen.

Aus den so gefundenen Suchergebnissen wurden alle die Studien ausgewählt, die in Deutschland und Israel an deutschen und israelischen Probanden zu Einstellungen zu Fragen bezüglich des Lebensendes durchgeführt worden sind. Es wurden sowohl quantitative als auch qualitative Studien berücksichtigt. Insgesamt ergab sich daraus eine Zahl von 54 relevanten empirischen Untersuchungen. (tabellarische Auflistung siehe Kapitel 3.3), die sich der Themenstellung zuordnen ließen.

Ausgeschlossen wurden Studien, die sich auf die Neonatologie und Fragen bezüglich des Lebensendes bei Kindern beziehen. Des Weiteren wurden Studien ausgeschlossen, die sich nur mit rein medizinischen Fragestellungen und Aspekten beschäftigen oder die sich nur auf ein ganz bestimmtes Patientenkollektiv zum Beispiel Patienten mit Enzephalitis Disseminata stützen. Besonders bei den Suchbegriffen "Israel" und "euthanasia" waren sehr viele Untersuchungen zu spezifischen Verbrechen des Dritten Reichs unter den Suchergebnissen. Diese Studien wurden ebenfalls ausgeschlossen. Es konnten außerdem nur Studien berücksichtigt werden, die auf Deutsch oder Englisch verfasst sind; Studien auf Hebräisch wurden nicht berücksichtigt.

Im Verlauf der Auswertung wurden 2 weitere Studien ausgeschlossen, weil zu wenig thematische Überschneidungen mit den auswertbaren Studien bestand. Beispielsweise hat Carmel in einer der Studien die Gefühle von Krankenschwestern beim Tod eines 40- und 80-jährigen Patienten untersucht und miteinander verglichen (Carmel und Zeidenberg 2000). Diese Aussagen sind zu speziell, als dass sie in eine der Thesen hätten eingearbeitet werden können. Gleiches gilt für eine weitere Studie von Carmel, in der sie den Langzeitverlauf von Therapiewünschen am Lebensende von älteren Israelis untersucht (Carmel und Mutran 1999) .

Von den 54 verwendbaren Studien stammen 30 aus Deutschland. Sie umfassen den Zeitraum 1994-2011. 18 Studien sind aus Israel aus dem Zeitraum 1993-2009. Bei 4 Studien befinden sich Probanden beider Länder in den befragten Gruppen, wobei 2 Studien sich nicht mit länderspezifischen Aspekten befassen, sondern beispielsweise den Einfluss von Religion auf Sterbehilfe untersuchen.

Aus Deutschland gibt es 23 quantitative Untersuchungen und 7 qualitative Studien. Die quantitativen Studien stützen sich alle auf die Verwendung eines standardisierten Fragebogens zur Datenerhebung. Die qualitativen Studien arbeiten mit halbstandardisierten Interviews.

In Deutschland lässt sich eine expertozentrische Tendenz feststellen, denn die Mehrzahl der Studien, 15 insgesamt, ist an Ärzten durchgeführt worden. Bei 6 weiteren Studien wurden sowohl Ärzte als auch Krankenpfleger befragt. Diese Studien sind im Aufbau alle recht ähnlich. Der Fragebogen schließt zumeist eine Fallvignette ein sowie Fragen zur Einstellung zu aktiver und passiver Sterbehilfe, deren Unterscheidung, zur Patientenverfügung und Palliativmedizin. Darüber hinaus gibt es in Deutschland 9 Befragungen der Bevölkerung zur Haltung gegenüber Sterbehilfe. Bei einem Großteil handelt es sich um repräsentative Befragungen mit über tausend beteiligten Personen. Diese wurden zumeist durch das Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt. Drei Studien wurden von anderen großen Meinungsforschungsinstituten durchgeführt, die von Interessengemeinschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben oder der Deutschen Hospiz Stiftung in Auftrag gegeben wurden. Schließlich gibt es nur sehr wenige Studien, die sich mit den Patienten oder Angehörigen befassen. Eine Studie befragt Patienten, in zweien werden medizinisches Fachpersonal und Patienten befragt. Dabei handelt es sich zum einen um eine Befragung zur Patientenverfügung zum anderen um Prioritäten in der Entscheidungsfindung für die letzte Lebensphase und die Patientenverfügung.

Aus Israel gibt es 13 quantitative und 5 qualitative Studien. Davon wurden acht Studien an medizinischem Fachpersonal durchgeführt. Drei davon dokumentieren den ärztlichen Umgang mit Fragen bezüglich des Lebensendes auf Intensivstationen. Sieben israelische Studien wurden an der Bevölkerung durchgeführt. Davon sind nur zwei quantitative Studien. In der einen geht es um die Kontinuität der Wünsche am Lebensende, in der anderen um eine Einschätzung der aktiven Sterbehilfe als Verbrechen. Die anderen fünf Untersuchungen sind qualitative Interviewstudien, die größtenteils von Leichtentritt und Rettig, von der Universität Tel Aviv, Israel sowie von der University of Minnesota, Twin Cities, USA, durchgeführt wurden. Eine umfangreiche Repräsentativbefragung der Bevölkerung zur Haltung zu Sterbehilfe liegt nicht vor.

Weiterhin gibt es zwei Studien, die israelische Probanden einschließen, in denen Ärzte und Patienten bzw. Ärzte, Pfleger, Angehörige und Patienten untersucht werden. Die erste Studie untersucht die Bedeutung, die Ärzte und Patienten der Aufklärung vor Therapieentscheidungen beimessen. Bei der zweiten Untersuchung handelt es sich um eine internationale Studie, an der neben Israel fünf europäische Länder teilgenommen haben. Diese Studie beschäftigt sich mit der Einstellung zu aktiver Sterbehilfe und der Bedeutung, die Lebenswert und Lebensqualität für Therapieentscheidungen haben.

Es gibt vier Studien, welche beide Länder untersuchen. In der großen Ethicus-Studie von 2000 wurden Deutschland, Israel, und 15 weitere europäische Länder auf ihre Praktiken

am Lebensende verglichen (Sprung et al. 2003). Dafür wurden 4248 Patienten untersucht, die im Lauf von anderthalb Jahren auf den teilnehmenden Intensivstationen eine Therapiebegrenzung erhalten haben oder dort verstorben sind. Zwei Studien, welche auf die Daten der Ethicus-Studie zurückgreifen, untersuchen speziell den Einfluss der Religionszugehörigkeit des Arztes auf die Therapieentscheidungen und das Gesprächsverhalten der Ärzte mit Patienten und Angehörigen. Eine Studie untersucht die Einstellung von deutschen und israelischen Befragten zum Suizid.

Die zwei nichtländerspezifischen Studien befassen sich einmal mit der Operationalisierung von Religion und Religiosität in Studien zur Sterbehilfe, d.h. welche Möglichkeiten es gibt, Religiosität in empirischen Studien zu erfragen und wie aussagekräftig diese sein können (Gielen et al. 2009). Die zweite Studie untersucht den Zusammenhang zwischen ethnischer Herkunft und der Einstellung zu Patientenautonomie (Blackhall et al. 1995).

3.2 Methode zur Auswertung der Daten

Zur vergleichenden systematischen Auswertung der Studien wurde die Methode des qualitativen Literaturvergleichs (narrative synthesis) eingesetzt (Popay et al. 2006).

Das Prinzip dieses Verfahrens besteht in der systematischen Auswertung von Einzelstudien, welche neben statistischen Ergebnissen überwiegend Textaussagen enthalten (Popay et al. 2006). Dieses Verfahren bietet daher die Möglichkeit sowohl quantitative als auch qualitative empirische Studien zu berücksichtigen (Dixon-Woods et al. 2001). Entsprechend der Fragestellungen werden diese Datensätze dann zusammengeführt und neue Aussagen abgeleitet. Dabei werden die den verschiedenen Studien zugrunde liegenden Schwerpunkte herausgearbeitet und strukturiert zusammengefasst (Liberati et al. 2009). Diese Daten werden dann auf inhaltlicher Ebene analysiert und miteinander verglichen. Durch diese Art der Herangehensweise können neben inhaltlichen auch übergeordnete, strukturelle Informationen gewonnen werden, beispielweise welche Themenbereiche in den jeweiligen Ländern häufiger untersucht werden. Ebenso wird aufgezeigt, welche Aspekte zu Fragen bezüglich des Lebensendes eventuell nur lückenhaft oder gar nicht untersucht worden sind. Die vorliegende Arbeit bietet daher auch eine Orientierung über den Forschungsbedarf für zukünftige Untersuchungen.

Nach Sichtung der Einzelstudien zeigte sich, dass die Voraussetzungen zur Anwendung dieser Methode vorlagen. Nicht eingesetzt werden konnte das Verfahren der quantitativen Metaanalyse, weil das gefundene Datenmaterial keine Anwendung von statistischen Verfahren erlaubte.

Durch die Methode des qualitativen Literaturvergleichs erhält man einen umfassenden und facettenreichen Überblick über die Einstellungen in Deutschland und Israel zu Fragen bezüglich des Lebensendes und dies über einen längeren Zeitverlauf. Dadurch kann der aktuelle Stand auch mit Blick auf die Entwicklung und Dynamik der Einstellung der einzelnen befragten Gruppen dargestellt werden. Der qualitative Literaturvergleich stellt eine übliche Methode zur Durchführung eines Kulturvergleichs dar (Popay et al. 2006).

Die Daten aus allen Studien wurden nach folgenden Kriterien tabellarisch zusammengestellt:

- a) wann die Studie durchgeführt wurde,
- b) wie viele Probanden teilgenommen haben,
- c) wie groß der Rücklauf war (dies diente als wichtiges Kriterium für die Validität der Studie),
- d) Eckdaten der befragten Personengruppen wie das mittlere Alter, die Geschlechterverteilung und die Religionszugehörigkeit.

Dabei wurde darauf geachtet, ob bereits eine bestimmte Vorselektion stattgefunden hat, die Probanden beispielweise alle aus einer Gruppe wie zum Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Intensivmedizin stammen. Ebenso wurden die Grundstruktur und wichtige Merkmale des Fragebogens bzw. Interviews notiert. Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Studien wurden zusammengefasst mit Fokus auf Aussagen bezüglich der Einstellung zu den Sterbehilfeformen sowie auf Handlungsmustern der Probanden in Situationen am Lebensende. Auffälligkeiten und Unschlüssigkeiten im Studienaufbau wurden gesondert notiert, um sie später in die Auswertung mit einfließen zu lassen.

Der nächste Arbeitsschritt bestand in der weiteren Auswertung dieser systematisch zusammengestellten Daten. Dabei wurde auf zweierlei Art vorgegangen. Zum einen wurden alle Studien zu bestimmten Themengebieten herausgegriffen und gesondert betrachtet. So wurden zum Beispiel alle Studien, in denen eine Aussage zu Ablehnung oder Zustimmung gegenüber aktiver Sterbehilfe getroffen wurde, zusammengestellt.

Anhand der Studienergebnisse wurden entsprechend der von der Prismagruppe vorgeschlagenen Vorgehensweise detaillierte Arbeitsthesen generiert (Liberati et al. 2009). Hierbei wurden auch Studien berücksichtigt, die nicht ins Muster passten. Es wird gesondert diskutiert, weshalb diese Untersuchungen zu einem anderen Ergebnis gekommen sind. Zum zweiten sind durch die Studienergebnisse neue thematische Schwerpunkte aufgefallen, die in die Auswertung mit eingeflossen sind. Dies war zum Beispiel bei der Unsicherheit der deutschen Ärzte bei der Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe der Fall.

3.3 Tabellarische Zusammenstellung der berücksichtigten Studien

Der Rücklauf beträgt zum Teil 100%, wenn retrospektive Studien oder qualitative Interviewstudien vorliegen.

3.3.1 Empirische Studien zu Sterbehilfe aus Deutschland

Autoren	Untersuchungszeitpunkt	Probanden	Rücklauf	Themenbereich
Allensbacher Berichte	2005	N=2064 Bürger	100%	Einstellung zu passiver Sterbehilfe
Allenbacher Berichte	2008	N=1786 Bürger	100%	Einstellung zu aktiver und passiver Sterbehilfe
Allensbacher Institut	2010	N=527 Ärzte	100%	Einstellung zu aktiver Sterbehilfe
Beck, N et al.	2008	N=28 Ärzte	100%	Einstellung zum Abbruch von künstlicher Beatmung
Borasio, G D et al.	2000	N=152 Neurologen	37%	Einstellung zu Sterbehilfe
Burchardi, N et al.	2005	N=13 Hausärzte	100%	Bedeutung der Patientenverfügung
Csef, H & Heindl, B	1998	N=93 Ärzte	62%	Einstellung zur Sterbehilfe
Cohen, J et al.	2006	N=41125 Bürger aus 33 europäischen Ländern	63%	Einstellung zu aktiver Sterbehilfe
Deutsche Hospizstiftung	2005	N=1000 Bürger	100%	Einstellung zur aktiven Sterbehilfe
Dormberg, M	1994	N=62 Ärzte	100%	Einstellung zu Sterbehilfe
Forsa	2003	N=1004 Bürger	100%	Einstellung zur aktiven Sterbehilfe
Harfst, A	2004	N=233 Ärzte	48,4%	Einstellung zu aktiver

				und passiver Sterbehilfe
Helou, A et al.	1997	N=89 Bürger	100%	Einstellung zu aktiver Sterbehilfe
Kirschner, R & Elkeles, T	1996	N=473 Ärzte	73%	Einstellung und Handlungsmuster zu aktiver Sterbehilfe
Lang-Welzenbach, M et al.	2005	N=15 Patienten, n=12 Ärzte, n= 15 Pfleger	100%	Einstellung zu Therapiebegrenzungen und der Patientenverfügung
Möller, T et al.	2007	N=128 Ärzte	25%	Einstellung zu passiver Sterbehilfe
Müller-Busch, H C et al.	2002	N=251 Ärzte	61%	Einstellung zu illegalen Sterbehilfeformen
Nyhsen, C et al.	1998	N=200 Bürger	100%	Einstellung zum eigenen Sterben und der aktiven Sterbehilfe
Oorscot, B v et al.	2004	N=727 Ärzte	46, 6%	Einstellung zur Sterbehilfe und Patientenverfügung
Reiter-Theil, S et al.	2003	N=12 Ärzte, N=6 Pfleger	100%	Einstellung zur Sterbegleitung und Sterbehilfe
Rittner, C et al.	2001	N=427 Ärzte	41%	Einstellung zu Sterbehilfe
Roy, D et al.	2002	N=100 Patienten	100%	Einstellung zur Patientenverfügung
Schildmann, J et al.	2010	N=901 Ärzte	55,8%	Durchführung von Therapiebegrenzungen auf deutschen Intensivstationen
Schimmer, C et al.	2011	N=60 Ärzte, n=26 Pfleger	36,3%	Entscheidungsfindung bei Therapiebegrenzung
Schöne-Seifert, B & Eickhoff, C	1996	N=74 Ärzte, N=43 Pfleger	74% 43%	Einstellung zu passiver Sterbehilfe
Schröder, C et al.	2003	N=1957 Bürger	60%	Einstellung zu den verschiedenen Sterbehilfeformen
Vincent, J-L	1999	N=504, davon 72 deutsche Ärzte	34%	Therapiebegrenzungen auf Intensivstationen
Voltz, R et al.	1998	N=34 Patienten, n=34 Ärzte und Pfleger	100%	Einstellung zur Patientenverfügung
Voltz, R et al.	1999	N=14 Ärzte, N=15 Pfleger	100%	Einstellung zu Therapiebegrenzungen in der Intensivmedizin
Wehkamp, K-H	1996	N=466 Ärzte	73%	Einstellung zu aktiver Sterbehilfe

3. 3.2 Empirische Studien zu Sterbehilfe aus Israel

Autoren	Untersuchungszeitpunkt	Probanden	Rücklauf	Themenbereich
Carmel, S	1997	N=987 Bürger	100%	Präferenzen für lebenserhaltende Maßnahmen
Carmel, S & Mutran, E J	1999	N1=1138, N2=802, n3=638 Bürger	100%, 70,5%, 56%	Präferenzen für lebenserhaltende Maßnahmen im Verlauf
Carmel, S & Zeidenberg, H	2000	N=245 Pfleger	76,5%	Einstellungen von Krankenschwestern zum Tod von Patienten mittleren und höheren Alters
Carmel, S et al.	2007	N=434 Ärzte und 288 jüdische Pfleger	74%	Einstellungen zu Behandlungen am Lebensende
Davis, A et al.	1993	N=319 Pfleger (46 aus Israel)	100%	Einstellungen von Krankenschwestern zu Sterbehilfe
Eidemann, L A et al.	1998	N=57 Patienten	100%	Behandlungen am Lebensende auf Intensivstationen
Ganz, F D et al.	2006	N=363 Patienten	100%	Behandlungen am Lebensende auf Intensivstationen
Herzog, S	2004	N=892 Bürger	100%	Strafrechtliche Beurteilung von Sterbehilfe
Jakobson, D J et al.	1999	N=77 Patienten	100%	Behandlungen am Lebensende auf Intensivstationen
Leichtenritt, R & Rettig K	2001	N=49 Bürger	100%	Werte, die bei Entscheidungen am Lebensende von Bedeutung sind
Leichtenritt, R & Rettig K	1999	N=47 Bürger	100%	Einstellung von älteren israelischen Bürgern und ihren Familienmitgliedern zu Sterbehilfe
Leichtenritt, R & Rettig K	1999	N=36 Bürger	100%	Einstellung von älteren israelischen Bürgern zu Behandlungen am Lebensende
Leichtenritt, R & Rettig K	2002	N=41 Bürger	100%	Einstellung zu Behandlungen am Lebensende in Familien
Musgrave, C F et al.	2001	N=123 Pfleger	Unbekannt	Einstellung von Krankenschwestern zum ärztlich-assistierten Suizid

Sadan, B & Chajek-Shaul, T	2000	N=81 Patienten, n=21 Ärzte	Unbekannt	Einstellungen von Patienten und Ärzten zur Patientenautonomie
Soundry, E, et al.	2003	N=45, Ärzte, Mitglieder der Israel Society of Critical Care Medicine	45%	Einstellung zu lebensverlängernden Maßnahmen auf Intensivstationen
Sprung, C L et al.	2007	N=528 Ärzte, n=629 Pfleger, n= 330 Patienten, 412 Angehörige	43%	Therapiewünsche für lebensverlängernde Maßnahmen und Bewertung von aktiver Sterbehilfe
Wenger, N S et al.	2004	N=443 Ärzte	72%	Einstellung zu Fragen bezüglich Lebensende im Verhältnis zur Religiosität der behandelnden Ärzte

3.3.3 Empirische Studien zu Sterbehilfe aus beiden Ländern

Autoren	Untersuchungszeitraum	Probanden	Rücklauf	Themenbereich
Cohen, S et al.	2005	N=4248 Patienten u.a. aus Deutschland und Israel	100%	Kommunikation um Therapiebegrenzungen auf Intensivstationen
Sprung, C L et al.	2000	N=4248 Patienten u.a. aus Deutschland und Israel	100%	Umgang mit Therapiebegrenzungen auf Intensivstationen
Sprung, C L et al.	2000	N=3086 Patienten u.a. aus Deutschland und Israel	100%	Einfluss von Religion und Kultur auf Entscheidungen zur Therapiebegrenzung
Saar, G	2000	N=25 israelische Bürger, 24=deutsche Bürger	100%	Einstellung zum Suizid

4. Theoretischer Hintergrund: Rechtlicher, religiöser und gesellschaftlicher Rahmen für Entscheidungen am Lebensende

4.1 In Deutschland

4.1.1 Rechtliche Regelungen der Fragen bezüglich des Lebensendes

In Deutschland gibt es kein eigenständiges Gesetz, welches alle Aspekte der Sterbehilfe zusammenfasst und gesetzlich regelt. Vielmehr werden zur Klärung rechtlicher Fragen im Kontext der Sterbehilfe einzelne Artikel aus dem Zivil - und Strafrecht sowie höchstrichterliche Entscheidungen herangezogen.

Wichtige Grundlage für die rechtliche Beurteilung von Fragen bezüglich der Sterbehilfe spielt besonders Artikel 2 Grundgesetz (GG), der das Recht auf körperliche Unversehrtheit und den Schutz des Lebens sichert. Ein weiteres bedeutsames Gesetz für die rechtliche Beurteilung der Sterbehilfe ist §216 Strafgesetzbuch (StGB), in dem die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen geregelt wird und diese auch bei ausdrücklichem Wunsch des Betroffenen mit Gefängnis bestraft. Diese und andere Gesetze, die in der Rechtsprechung im Fall von Sterbehilfe Verwendung finden, beziehen sich also nicht spezifisch auf die Tötung durch Handeln oder Unterlassen eines Schwerkranken durch einen Arzt. Es handelt sich um allgemeingültige Gesetze, die erst durch höchstrichterliche Urteile für Entscheidungen im Bereich der Sterbehilfe angewendet werden (Schöch 2007).

In der Rechtsprechung und der rechtswissenschaftlichen Literatur werden in Deutschland vier Formen von Sterbehilfe unterschieden: die aktive Sterbehilfe, die passive Sterbehilfe und die indirekte Sterbehilfe sowie der ärztlich-assistierte Suizid (Näheres siehe Kapitel 2.1). Im folgenden Abschnitt werden nun die rechtlichen Grundlagen der benannten Sterbehilfeformen dargelegt, beginnend mit der aktiven Sterbehilfe. Danach folgen die passive Sterbehilfe, die indirekte Sterbehilfe und der ärztlich-assistierte Suizid. Abschließend erfolgt eine Schilderung der rechtlichen Situation der Patientenverfügung in Deutschland.

Die gesetzlichen Regelungen der *aktiven Sterbehilfe* basieren auf dem Grundsatz, dass in Deutschland die eigenmächtige Tötung eines Menschen gesetzlich verboten ist. Auch für den Fall, dass das Einverständnis des Opfers vorliegt, bleibt die Tötung eines Menschen strafbar. Dies bezieht sich genauso auf den medizinischen Kontext. Es ist einem Arzt nicht erlaubt, einen Patienten zu töten – auch nicht auf dessen Wunsch hin. Ein entscheidendes Merkmal der aktiven Sterbehilfe liegt in der Intention des Arztes, seinen Patienten willentlich zu töten. Darin liegt eine wichtige Abgrenzung zur indirekten Ster-

beihilfe, bei der die Intention des Arztes in der Schmerzlinderung für den Patienten besteht. Die Tötung auf Verlangen wird nach §216 StGB mit einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren bestraft (Michalsen 2007). Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland also eindeutig gesetzlich verboten.

Den rechtlichen Regelungen der *passiven Sterbehilfe* nach, die von der Rechtsprechung auch als Hilfe beim Sterben bezeichnet wird (Sahm 2006), handelt es sich um eine unter bestimmten Umständen rechtlich zulässige, manchmal sogar gebotene ärztliche Maßnahme. Dieser Umstand folgt einzig aus höchstrichterlichen Urteilen und wird nicht durch entsprechende Gesetze untermauert. Dabei sind zwei Gerichtsurteile, der sog. Wittig-Fall und der sog. Kemptener-Fall, von besonderer Bedeutung, da sie richtungsweisende Entscheidungen für die passive Sterbehilfe treffen. An erster Stelle ist der Wittig-Fall zu nennen. Er wurde 1984 vor dem BGH verhandelt. Es handelt sich dabei um einen Fall, der sich nicht in erster Linie mit passiver Sterbehilfe sondern mit Suizid befasst. Der Sachbestand war folgender (BGHSt 32/367): Frau U. war nach dem Tod des Ehemanns und mehrfachen körperlichen Erkrankungen lebensmüde und hatte auch bereits mit ihrem Hausarzt, Dr. Wittig, über ihren Wunsch, aus dem Leben scheiden zu wollen, gesprochen. Sie verfasste ein entsprechendes Schriftstück, in dem sie jede Einweisung ins Krankenhaus oder lebensverlängernde Maßnahmen ablehnte. Wenige Monate später verfasste sie ein weiteres Schriftstück, in dem es hieß: „Ich bin über 76 Jahre alt und möchte nicht länger leben.“ Gut ein halbes Jahr später fand sie Dr. Wittig, der zu einem Hausbesuch erschien, bewusstlos auf. Anhand zahlreicher Medikamentenpackungen konnte Dr. Wittig schlussfolgern, dass sie einen Suizidversuch mit Morphinum verübt hatte. Bei Frau U. fand er einen Zettel: „An meinen Arzt – bitte kein Krankenhaus – Erlösung!“ versehen mit dem Datum des selbigen Tages, des 28.11.1981. Frau U. atmete nur noch schwach. Dr. Wittig ging davon aus, dass die Patientin ohne schwere Dauerschäden nicht mehr zu retten sei. Er sah ihrem Wunsch entsprechend von einer Krankenhauseinweisung ab und blieb bei ihr, bis Frau U. in den Morgenstunden des nächsten Tages verstarb. Dr. Wittig wurde wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt und 1984 vom BGH wegen der besonderen Grenzlage, die im Fall von Frau U. vorliegt, freigesprochen. Dr. Wittig wurde nachfolgend trotzdem aus der Bundesärztekammer ausgeschlossen und konnte daher nicht mehr praktizieren. Der BGH verweist in seinem Urteil eindeutig darauf, dass „ es...keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis“ gibt und geben soll (BGHSt 32/367/379). Weiterhin wird ausgeführt, dass „Maßnahmen zur Lebenserhaltung nicht schon deswegen unerlässlich [sind], weil sie technisch möglich sind.“ (BGHSt 32/367/379) Damit wird von rechtlicher Seite erstmals die Behandlungsbegrenzung thematisiert. Interessanterweise

spielt in der Argumentation des BGH der Patientenwille keine Rolle. Die Zulässigkeit der Behandlungsbegrenzung wird in diesem Fall mit dem Gedanken gestützt, dass Ärzte nicht dazu angehalten sind, den Sterbeprozess ihrer Patienten mit allen medizinisch möglichen Maßnahmen zu verlängern. Der erklärte Patientenwille von Frau U., ihre schriftlich verfasste Ablehnung intensivmedizinischer oder lebensverlängernder Behandlungen, findet im Urteil des BGH keinen Niederschlag. Er wird nicht als Rechtfertigung des Vorgehens von Dr. Wittig angeführt.

Die Bedeutung des Patientenwillens im Zusammenhang mit Therapiebegrenzungen und passiver Sterbehilfe ändert sich im Lauf der nächsten Jahre erheblich, wie am folgenden, dem zweiten für die Regelung der passiven Sterbehilfe richtungsweisenden Gerichtsurteil zu erkennen ist. 1995 wird vor dem BGH der Kemptener-Fall verhandelt, der grundlegende Entscheidungen über die Regelung der passiven Sterbehilfe zur Folge hat. Der Sachbestand verhielt sich folgendermaßen (BGHSt 40/257): Die 70-jährige Frau Z., an Alzheimer erkrankt, erlitt einen Herzinfarkt. Die Reanimation verlief erfolgreich, doch die Patientin war schwer und irreversibel hirngeschädigt und nicht mehr in der Lage sich zu äußern. Nach zweieinhalbjähriger Behandlung mittels Sondenernährung beschlossen der Sohn von Frau Z., der gleichzeitig ihr gesetzlicher Betreuer war, und ihr langjähriger behandelnder Arzt, die künstliche Ernährung einzustellen. Ihr Sohn konnte dem Arzt aufzeigen, dass Frau Z. früher Willensäußerungen in Form einer Ablehnung lebenserhaltender Therapiemaßnahmen gemacht hatte. Das Pflegepersonal weigerte sich jedoch, die entsprechende Therapieanweisung durchzuführen. Sowohl der Sohn von Frau Z. als auch ihr behandelnder Arzt wurden angeklagt und in erster Instanz wegen versuchten Totschlags durch Unterlassen verurteilt. Der BGH wurde mit dem Fall betraut und hob das Urteil mit der Begründung, dass eine mutmaßliche Einwilligung der Patientin in den Therapieabbruch vorgelegen habe, wieder auf. Der BGH verfügte weiterhin, dass das Sterbenlassen eines Patienten durch den Abbruch von Therapiemaßnahmen zulässig sei, wenn davon ausgegangen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten dürfte auch im Fall des Abbruchs einer lebenserhaltenden Maßnahme nicht missachtet werden. Dies beschränkt sich nicht nur auf Patienten in der Sterbephase, sondern auch auf solche Patienten, die mit intensivmedizinischer Behandlung noch längere Zeit leben könnten. Handelt es sich um einen Patienten, der nicht mehr einwilligungsfähig ist, wie im Fall von Frau Z., ist der Patientenwille anhand von Indizien festzustellen. Durch dieses Urteil des BGH erfährt der Patientenwille einen enormen Bedeutungszuwachs. Er wird zum entscheidenden Kriterium für Therapieentscheidungen erhoben und ins Zentrum der gesamten Sterbehilfedebatte gerückt.

Was in den erwähnten Gerichtsurteilen ungeklärt bleibt, ist die Bedeutung der medizinischen Indikation. Nach ärztlichem Standesrecht darf eine medizinische Behandlung nicht ohne entsprechende Indikation erfolgen (Bundesärztekammer 2011). Nach jetzigem Rechtsstand zeigt sich jedoch die Tendenz, die Angemessenheit einer medizinischen Behandlung hauptsächlich vom Patientenwillen abhängig zu machen. Für den Fall, dass ein Patient für sich eine Maximaltherapie verfügt hat, wird diese nach momentanen Gepflogenheiten auch durchgeführt (Sahm 2006).

Die gesetzlichen Regelungen der *indirekten Sterbehilfe* gehen von der Annahme aus, dass der Tod des Patienten bei der indirekten Sterbehilfe als Nebeneffekt einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführten Therapie eintritt. Die Hauptintention des Arztes ist es im Gegensatz zur aktiven Sterbehilfe, dem Patienten auf dessen Wunsch hin von Schmerzen oder Angst zu befreien. Die Schwere der Erkrankung kann Maßnahmen erfordern wie beispielsweise eine hohe Dosis Morphin, die den Todeseintritt des Patienten beschleunigen. Diese Form der Sterbehilfe ist in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen legal (Michalsen 2007). Die Intention bei der Behandlung von Seiten des Arztes darf nicht sein, den Tod des Patienten zu beschleunigen, sondern ihm ein menschenwürdiges Sterben ohne Schmerzen zu ermöglichen (Sahm 2006). Die Zulässigkeit dieser Behandlungsform wurde 1996 vom BGH bestätigt (BGH 1996). Die strafrechtliche Begründung der Straffreiheit erfolgt über den rechtfertigenden Notstand gemäß §34 StGB. Bei einer Abwägung der betroffenen Rechtsgüter wird der Befreiung von Angst und unerträglichem Schmerz der Vorrang vor dem Erhalt des Lebens eines Menschen, der sich im Sterben befindet, gegeben (Schöch 2007). Problematisch zeigt sich die Tendenz des BGH, die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe nur auf Patienten in der Sterbephase zu beschränken, da unerträgliche Schmerz- und Angstzustände auch bereits vor dem Eintritt in die Sterbephase auftreten können (Albrecht 2006).

Die gesetzlichen Regelungen des *ärztlich-assistierten Suizids* basieren auf dem Grundsatz, dass der Suizid in Deutschland nicht strafbar ist. Folglich kann auch die Beihilfe zum Suizid keine Straftat sein, solange es sich um einen freiverantwortlichen Suizid handelt (Schildmann und Vollmann 2006). Diese klare Gesetzgebung wird jedoch durch die Rechtsprechung relativiert. Nach Übergang der Tatherrschaft vom Betroffenen auf Dritte, also in der Regel mit Eintritt der Bewusstlosigkeit, sind Außenstehende zur Rettung des Suizidenten verpflichtet: Behandelnde Ärzte und Angehörige haben nach §13 StGB eine Garantenstellung inne, die sie zur Hilfeleistung verpflichtet. Neutrale Personen können wegen unterlassener Hilfeleistung nach §323c StGB belangt werden. Die Rechtssituation stellt sich also in der Form dar, dass es zwar möglich wäre, einem Suizidenten bei der Durchführung des Suizids behilflich zu sein, man ihn jedoch vor dem Ein-

tritt der Bewusstlosigkeit allein lassen müsse, um nicht strafrechtlich belangt werden zu können. Diese widersprüchliche Auffassung wird in der rechtswissenschaftlichen Literatur fast einhellig in Frage gestellt (Schöch 2007). Bisher ist es jedoch in der Rechtsprechung, vermutlich mangels geeigneter Fälle (Schöch 2007), nicht zu einer Korrektur der Beurteilung des ärztlich-assistierten Suizids gekommen.

Durch den Bedeutungszuwachs des Patientenwillens durch das oben beschriebene „Kemptener Urteil“ wurde die Frage aufgeworfen, wie dieser bei Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen eruiert werden kann. Die rechtliche Verbindlichkeit von Vorabverfügungen über Behandlungsmaßnahmen, sogenannten Patientenverfügungen, wurde kontrovers diskutiert, blieb aber lange Zeit rechtlich weitgehend ungeklärt (Olzen 2009). Nach sechsjähriger Debatte im Bundestag um verschiedene Gesetzesvorschläge zur gesetzlichen Normierung der Patientenverfügung wird im Juni 2009 schließlich eine Einigung erreicht. Das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts wird verabschiedet; es ist seit dem 01.09.2009 in Kraft. Die Patientenverfügung wird dadurch innerhalb des Betreuungsrechts verankert; in §1901a des BGB werden die neuen Regelungen festgeschrieben. Dort erfolgt zunächst eine Definition der Patientenverfügung: Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine Erklärung für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit, in welcher eine Einwilligung oder Ablehnung in eine zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe erfolgt. Diese Erklärung kann von einem einwilligungsfähigen Volljährigen abgegeben werden und muss schriftlich abgefasst sein. Entsprechend der Gesetzesvorschriften muss die Patientenverfügung nicht erneuert werden und kann jederzeit formlos, also mündlich oder auch durch nonverbales Verhalten, widerrufen werden. Es wird kein zentrales Verzeichnis aller Patientenverfügungen eingerichtet. Kommt es zur Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen, wird für ihn ein Betreuer bestellt, welcher die Aufgabe hat, zu prüfen, ob die Bestimmungen der Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Verfassers zutreffen. Ist dies der Fall, ist es die Verpflichtung des Betreuers, den Wünschen des Betreuten Geltung zu verschaffen. Für den Fall, dass keine Patientenverfügung vorliegt, muss der Betreuer anhand von früheren Äußerungen des Betroffenen schriftlicher oder mündlicher Art seinen mutmaßlichen Willen rekonstruieren und diesem Geltung verschaffen. Die Stellung des Betreuers wird durch das neue Gesetz sehr gestärkt, denn er wird essenziell für den Vorgang der Durchsetzung des Patientenwillens und der Festlegungen, die in der Patientenverfügung getroffen wurden. Muss erst ein Betreuer durch das Vormundschaftsgericht bestellt werden, kann sich das Verfahren bis zur endgültigen Durchführung der Wünsche des Patienten stark in die Länge ziehen. Dadurch wird im

Gesetzestext nahe gelegt, dass Betroffene bei Erstellung einer Patientenverfügung wenn möglich gleichzeitig eine Betreuungsverfügung oder Gesundheitsvollmacht abfassen sollten. So könnten eventuelle Prozesszeiten beschleunigt werden (Olzen 2009).

Neben dem Gesetzesvorschlag, welcher die Vorlage für das heutige Gesetz darstellt, lagen noch zwei weitere Entwürfe vor. Die Unterschiede innerhalb dieser Gesetzesentwürfe lagen in einer unterschiedlichen Gewichtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und der Fürsorgepflicht des Staates (Olzen 2009). So sah der sog. Zöller-Entwurf vor, dass die Patientenverfügung auch verbindlich sein sollte, wenn sie nur mündlich abgegeben wurde. Der andere sog. Bosbach-Entwurf verlangte dagegen strengere Regeln für die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung. So wurde in ihm die schriftliche Form der Patientenverfügung sowie die verpflichtende Beratung durch einen Arzt vor dem Aufsetzen einer Patientenverfügung verlangt. Ebenso müsse sie alle fünf Jahre erneuert werden, um ihre Verbindlichkeit zu behalten (Olzen 2009). Der Entwurf, welcher schlussendlich dem Gesetz zur Patientenverfügung zugrunde liegt, bildete folglich einen Mittelweg zwischen den anderen beiden Vorschlägen.

Zusammenfassend lässt sich in Deutschland eine rechtliche Entwicklung beobachten hin zu einer größeren Gewichtung des Patientenwillens. Spielt er noch im Urteil des Wittig-Falls von 1984 wenn überhaupt nur eine marginale Rolle, ist er in den gesetzlichen Regelungen um die Patientenverfügung zum zentralen Punkt geworden.

In Deutschland werden Bestimmungen zu medizinischen Fragen auf drei Ebenen geregelt. Neben den dargestellten Regelungen des Zivil- und Strafrechts und der Rechtsprechung werden noch die standesrechtlichen Richtlinien berücksichtigt. Seit 1972 verfasst die Bundesärztekammer hierfür in unregelmäßigen Abständen die „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“. Die letzte Fassung wurde im Januar 2011 veröffentlicht, denn insbesondere die gesetzliche Neuregelung der Patientenverfügung erforderte eine Aktualisierung. Diese standesrechtlichen Grundsätze übersteigen insoweit den Charakter einer Empfehlung, da es bei Zuwiderhandlung zum Ausschluss aus der Ärztekammer kommen kann. Wichtige inhaltliche Punkte sind, dass die Lebenserhaltung des Patienten nicht unter allen Umständen Vorrang hat, sondern im Rahmen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und einer sinnvollen Indikationsstellung durch das Behandlungsteam durchgeführt werden soll. Als verpflichtend werden betrachtet eine wahrheitsgemäße Aufklärung, eine palliative Versorgung für Sterbende und eine Basisbetreuung, die u.a. Zuwendung, Körperpflege, die Linderung von Schmerzen, Atemnot und von Hunger- und Durstgefühlen beinhaltet. Formen von Therapiebegrenzung sind zulässig, insoweit sie dem Willen des Patienten entsprechen. Die aktive Sterbehilfe ist strafbar und auch der

ärztlich-assistierte Suizid wird nicht als „ärztliche Aufgabe“ (Bundesärztekammer 2011,S.346) angesehen. Es wird besonders betont, dass Therapieentscheidungen immer mit dem Patienten zusammen getroffen werden sollen. Wenn ein Patient eine medizinisch indizierte Behandlung ablehnt, soll ihm der behandelnde Arzt „helfen, die Entscheidung zu überdenken“ (Bundesärztekammer 2011,S.347) Hier findet sich ein Unterschied zu früheren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer, wo empfohlen wurde, den Patienten zu gebotenen Behandlungen zu überzeugen. Im Einklang mit dem Gesetz zur Neuregelung der Patientenverfügung wird festgehalten, dass, wenn die Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zutrifft, „der Arzt den Patienten entsprechend dessen Willen zu behandeln“ (Bundesärztekammer 2011,S.347) hat. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung stimmen mit den rechtlichen Regelungen zu Sterbehilfe zum Großteil überein und ergänzen diese. Eine Diskrepanz besteht in der Bewertung des ärztlich-assistierte Suizids: dieser wird von der Bundesärztekammer grundsätzlich abgelehnt.

4.1.2 Kirchliche Positionen zu Sterbehilfe

Die religiöse Debatte um die Sterbehilfe in Deutschland wird hauptsächlich von den beiden christlichen Kirchen in Deutschland, der katholischen und der evangelischen Kirche, bestimmt. Trotz der nicht unbeträchtlichen Anteile Bürger anderer Religionszugehörigkeiten - in Deutschland leben ca. 4 Millionen Muslime (Haug et al. 2009) - stehen die Positionen der beiden christlichen Kirchen in der Diskussion um Sterbehilfe deutlich im Zentrum. Sie sind mit ca. 48 Millionen Mitgliedern die größten religiösen Gemeinschaften in Deutschland (Evangelische Kirche in Deutschland 2012).

Es erfolgt daher zunächst eine Schilderung der Stellungnahme der katholischen Kirche zu Sterbehilfe, danach eine Darlegung der Position der evangelischen Kirche zu Fragen der Sterbehilfe.

Die römisch-katholische Kirche besitzt eine eindeutig hierarchische Ordnung, an deren Spitze der Papst steht. Die Darstellung der Position der katholischen Kirche in Deutschland konzentriert sich daher nicht auf die Stellungnahmen der deutschen Bischöfe, die zum Thema Sterbehilfe gemacht wurden. Grundlage der Darstellung bildet vielmehr die unter dem lateinischen Titel „Iura et Bona“ veröffentlichte Erklärung, die 1980 von der Kongregation für die Glaubenslehre abgegeben wurde. Diese Erklärung nimmt Stellung

zum Umgang mit Sterbehilfe und ihrer moraltheologischen Bewertung aus Sicht der katholischen Kirche. Sie hat bis heute den Status gültiger und verbindlicher Lehre und steht durch die Autorisierung durch die Glaubenskongregation an Bedeutung über den Erklärungen der Bischöfe einzelner Länder (Schardien 2007). In „Iura et Bona“ nimmt die katholische Kirche Stellung zu ihrer Bewertung der einzelnen Sterbehilfeformen und darüber hinaus zu ihrer Vorstellung vom „guten Sterben“ und dem „Wert des christlichen Lebens“ (Kongregation für die Glaubenslehre 1980,S.7) „Iura et Bona“ ist als schlüssige Fortsetzung der 1974 abgegebenen Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch zu sehen und bildet somit den zweiten Teil der Beschäftigung der Glaubenskongregation mit ethischen Fragen des Lebens an seinen Randpunkten (Schardien 2007). Am Anfang von „Iura et Bona“ werden die grundlegenden Annahmen für die darauffolgenden Positionen gegenüber den einzelnen Sterbehilfeformen – es werden die aktive, die indirekte und die passive Sterbehilfe unterschieden – erläutert. Von zentraler Bedeutung ist das Prinzip der Heiligkeit des Lebens. Das Leben sei eine Gabe Gottes. Es sei daher von fundamentalem Wert und kann dem Einzelnen nicht zur freien Verfügung stehen (Höver und Eibach 2003,S.20). Aus dem Prinzip der Heiligkeit des Lebens folgt das Verbot der Tötung anderer. Das Töten unschuldiger Menschen wird nach katholischer Moraltheologie als Handlung angesehen, die in sich schlecht ist. Es existieren zwar Ausnahmen für das Töten sog. „Schuldiger“, welche sich auf den Kriegsfall oder Fälle von Selbstverteidigung beziehen. Die aktive Sterbehilfe wird in „Iura et Bona“ jedoch nicht mit in diesen Kreis der Ausnahmen aufgenommen. Vielmehr wird sie auf eine Ebene mit Mord, Selbstmord, Völkermord und Abtreibung gestellt (Schardien 2007). Die aktive Sterbehilfe ist der katholischen Kirche nach also eindeutig verboten und wird im Text von „Iura et Bona“ als „Verbrechen gegen das Leben“ oder als „Anschlag auf das Menschengeschlecht“ bezeichnet (Kongregation für die Glaubenslehre 1980,S.8). Es wird deutlich, mit welcher Schärfe sich die katholische Kirche gegen die aktive Sterbehilfe richtet. Dabei verurteilt sie moralisch nicht nur die faktische Handlung der aktiven Sterbehilfe, sprich die Tötung eines Menschen, sondern auch den bloßen Wunsch danach, durch den sich der Betroffene bereits versündigt. Zwar wird bei Menschen, die unter schwerer Krankheit leiden und unter starkem psychischen Druck stehen, die Schuldfähigkeit eingeschränkt. Jedoch geht die katholische Kirche daher davon aus, dass im Fall eines Wunsches nach aktiver Sterbehilfe durch die belastende Grundsituation eine vernünftige Einsichtsfähigkeit bei Betroffenen nicht vorhanden sein kann.

Andere Sterbehilfeformen werden in „Iura et Bona“ weniger streng bewertet. Die indirekte Sterbehilfe, also die Gabe von schmerzstillenden und angstlösenden Medikamenten mit der Gefahr einer eventuellen Lebensverkürzung, darf angewendet werden (Kongre-

gation für die Glaubenslehre 1980). Ihre Zulässigkeit wird mit dem „Prinzip der Handlung mit Doppelwirkung“ begründet. Dieses Prinzip stellt bei der Bewertung einer Handlung ganz und gar ihre Intention in den Mittelpunkt. Bei der indirekten Sterbehilfe besteht die Intention darin, den Sterbenden von Schmerzen und Angst zu befreien. Die Verkürzung der Lebenszeit wird nicht als eine beabsichtigte Folge der Handlung gewertet, sondern als eine unbeabsichtigte Konsequenz und ist daher aus Sicht der katholischen Kirche gestattet. Es wird jedoch betont, dass keine Pflicht zur Schmerzlinderung bestehe. Leid und Schmerz seien vielmehr auch zu begrüßen, da der Betroffene so Anteil am Leiden Christi nehmen und Gott im Sterben näher sein könne (Kongregation für die Glaubenslehre 1980). Nach katholischer Einschätzung, wie aus „lura et Bona“ zu folgern, wäre also ein Sterben in Schmerzen und Leid einem schmerzfreien Tod vorzuziehen. Ein weiteres Kennzeichen eines wünschenswerten Sterbens nach katholischer Auffassung ist, dass es wenn möglich bei vollem Bewusstsein stattfinden soll. Nur so kann sich der Sterbende angemessen auf seine Begegnung mit Christus vorbereiten. Die Bewertung der indirekten Sterbehilfe durch die katholische Kirche birgt für den Betroffenen folglich eine gewisse Ambivalenz: Einerseits ist sie gestattet, um ein würdiges Sterben zu ermöglichen (Kongregation für die Glaubenslehre 1980), andererseits wird die durch sie erfolgende Befreiung von Schmerzen und häufige Bewusstlosigkeit im Sterben von der Glaubenskongregation als nicht wünschenswert bewertet.

Die passive Sterbehilfe wird von der katholischen Kirche in „lura et Bona“ prinzipiell begrüßt und unterstützt. Argumentativ begründet sie diese Haltung mit dem „Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Mittel“, das erklären soll, in welchem Umfang medizinische Behandlungen angemessen sind. Im Endeffekt entspricht dieses Prinzip einer klassischen Kosten-Nutzen-Rechnung. Es soll eine Abwägung der Vorteile, die eine Therapiemaßnahme erbringen kann, im Verhältnis zu den entstehenden Belastungen, sowohl individuellen als auch gesellschaftlichen, durchgeführt werden. Nach Vorstellung der katholischen Kirche soll diese Entscheidung über die Angemessenheit einer Therapie beim Patienten liegen. Anders als im Bezug auf die aktive Sterbehilfe, wird dem Patienten in diesem Fall die Einsichtsfähigkeit nicht abgesprochen. Damit weist die katholische Kirche im Falle von passiver Sterbehilfe dem Patientenwillen einen großen Stellenwert zu.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die katholische Kirche in ihrer Stellungnahme zur Sterbehilfe „lura et Bona“ ein recht homogenes Bild zeichnet. Die aktive Sterbehilfe wird in aller Deutlichkeit als unnatürlich verurteilt. Die indirekte Sterbehilfe ist gestattet, andere Formen des Sterbens sind aber vorzuziehen. Bei der passiven Sterbehilfe handelt es sich um eine gebotene Therapiemaßnahme am Lebensende, sofern sie auf Wunsch des Betroffenen geschieht. Die katholische Kirche zeichnet sich in ihrer Beurtei-

lung der Sterbehilfe durch eine große Eindeutigkeit aus und kann ihren Mitgliedern so klare Handlungsvorgaben vermitteln (Schardien 2007).

Die Haltung der evangelischen Kirche in Deutschland zu Sterbehilfe unterscheidet sich von der Einschätzung der katholischen Kirche. Aufgrund der dezentralen Organisationsstruktur der evangelischen Kirchen existiert keine für die Kirchenvertretungen der Länder Europas gemeinsam verbindliche Stellungnahme zu den Fragen der Sterbehilfe (Schardien 2007). Vielmehr wurden Stellungnahmen der einzelnen Landeskirchen veröffentlicht beispielsweise „Eutanasia en Pastoraat“ aus dem Jahr 1985 von den reformierten Kirchen in den Niederlanden oder „Eutanasia“ aus dem Jahr 2004 von der evangelisch-lutherischen Kirche Italiens. Von der evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) stammt die 2002 veröffentlichte Stellungnahme zu Fragen am Lebensanfang und -ende „Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen“. Die einzelnen Stellungnahmen sind sowohl von spezifischen Länderunterschieden als auch von ihrer Zugehörigkeit zum reformierten oder lutherischen Zweig der evangelischen Kirche geprägt. So zeigen sich die reformierten Kirchen in den Niederlanden der aktiven Sterbehilfe gegenüber viel liberaler als die evangelisch-lutherische Kirche Italiens (Schardien 2007). Dennoch zeigen sich Grundannahmen, was die Beurteilung der Sterbehilfe betrifft, die im Folgenden dargestellt werden. Aus evangelischer Sicht ist es nicht Aufgabe des Glaubens, konkrete Handlungsanweisungen zu geben, sondern eine Grundorientierung zu stiften (Bartmann 2003). Die evangelische Kirche sieht sich nicht als autoritative Instanz, die Stellungnahmen von absolutem Geltungs- und Wahrheitsanspruch abgibt. Im Gegensatz sollen diese zur kritischen Weiterführung der Diskussion anregen und die Eigenverantwortung und Reflexionsfähigkeit ihrer Anhänger und Leser fördern. In diesem Sinne versteht sich die Erklärung der EKD „Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen“, die von der EKD als „Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen“ betitelt wurde. Dieser Text sammelt inhaltliche Informationen und Argumente zu medizinethischen Themen u.a. zur Sterbehilfe. Mit Hilfe dieser sollte es jedem Christ möglich sein, seine eigene Position zu den behandelten Themen in „persönlicher Verantwortung vor Gott“ zu finden (Kirchenamt der evangelischen Kirche in Deutschland 2002). Im Text der EKD werden zu Fragen um Sterbehilfe Informationen zur Rechtslage in Deutschland und zu gesellschaftlichen Standpunkten vorgestellt. Danach erfolgt eine Bewertung der Sterbehilfe aus evangelischer Sicht.

Die evangelische Kirche betrachtet das Leben als ein Geschenk Gottes. Sie lehnt jedoch das Prinzip der Heiligkeit des Lebens ab (Schirmmacher 2003). Nach ihrer Vorstellung ist

das Leben von unermesslichem, aber nicht von absolutem Wert. Folglich zeigt sich in den Stellungnahmen der evangelischen Kirchen eine Ablehnung der aktiven Sterbehilfe. Gleichzeitig räumt die evangelische Kirche aber auch Verständnis für die Grenzsituationen des Lebens ein. Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe wird moraltheologisch nicht per se verurteilt (Schardien 2007, S.274). Er wird hingegen anerkannt und die evangelische Kirche plädiert dafür, den Betroffenen mit Zuwendung zu begegnen. Sie hält in diesem Zusammenhang besonders einen Ausbau der Palliativmedizin und eine Förderung der Hospizstrukturen für wichtig. Grundlegend für diese Einschätzung ist des Weiteren die Bewertung des Leidens seitens der evangelischen Kirche. Das Leiden wird in keiner Weise positiv bewertet. In keiner der Stellungnahmen werden die Betroffenen zum Durchleben von Schmerzen aufgefordert, um dadurch Verdienste irgendeiner Form zu erlangen oder eine größere Nähe zu Christus aufzubauen. Vielmehr zeigt sich in der evangelischen Kirche die Tendenz, die Sinnlosigkeit des Leidens anzuerkennen und aus dem Gebot der Nächstenliebe heraus eine Schmerzmedikation zu empfehlen (Schirrmacher 2003).

Von dieser Einschätzung von Schmerz und Leiden geprägt, zeigt sich die Beurteilung der indirekten Sterbehilfe durch die evangelische Kirche. Sie akzeptiert eine mögliche Lebensverkürzung, welche Folge einer adäquaten Schmerzmedikation sein kann. Argumentativ greift auch die evangelische Kirche auf das Prinzip der Handlung mit Doppelwirkung zurück und macht es somit der katholischen Kirche gleich (Schardien 2007). Sie stellt die Intention der Handlung, die Verminderung von Leid, in den Mittelpunkt und wertet die Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Nebenfolge (Kirchenamt der evangelischen Kirche in Deutschland 2002).

Auch was die passive Sterbehilfe angeht, zeigen die evangelischen Kirchen eine recht liberale Haltung: sie befürworten die passive Sterbehilfe weitgehend (Schardien 2007). Argumentativ finden sich zur Begründung mehrere Ansätze. Die Bewahrung der Natürlichkeit des Sterbeverlaufs ist einer von ihnen. Durch den Abbruch von oder den Verzicht auf Therapiemaßnahmen wird der Sterbeprozess geschehen gelassen. So erfolgt die Gewährleistung der „Natürlichkeit“ des Sterbens. Was genau der Begriff „Natürlichkeit“ eigentlich beinhaltet, wird nicht näher ausgeführt (Schardien 2007). Weitere wichtige Kriterien, die nach der evangelischen Kirche im Sterbeprozess aber auch im gesamten zwischenmenschlichen Zusammenleben beachtet werden sollen, sind „Freiheit“, „Liebe“ und „Verantwortung“. Der Sterbende soll beispielsweise in Freiheit über sein Leben entscheiden können. Insofern achtet die evangelische Kirche die Selbstbestimmung des Patienten sehr hoch. Sie sollte bei Entscheidungen von passiver Sterbehilfe immer gewahrt bleiben (Kirchenamt der evangelischen Kirche in Deutschland 2002).

Die Positionen der evangelischen und katholischen Kirche in Deutschland zu Sterbehilfe sind nicht nur aus rein religiösen Gesichtspunkten von Bedeutung. Denn in Deutschland besteht keine vollständige Trennung zwischen Kirche und Staat. Vielmehr haben die evangelische und katholische Kirche nach deutschem Staatskirchenrecht den Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts und haben in dieser Funktion vom Staat öffentliche Aufgaben beispielsweise im Bereich des Bildungswesens übertragen bekommen (Mückl 2011). Die Kirchen nehmen in Deutschland also direkten Einfluss auf die Meinungsbildung der Bürger. Des Weiteren finden sich Kirchenvertreter in Expertengremien, die von politischer Seite für die Bearbeitung medizinethischer Fragen eingerichtet wurden wie dem Deutschen Ethikrat oder der Enquete-Kommission des deutschen Bundestages für „Recht und Ethik in der modernen Medizin“. Daher üben die christlichen Kirchen in Deutschland auch auf politischer Ebene Einfluss aus. Darüber hinaus sind die christlichen Kirchen in Deutschland Träger zahlreicher Einrichtungen zur Gesundheitsfürsorge wie Krankenhäuser oder Hospize. Dort erfolgt die Patientenbetreuung im Spannungsfeld zwischen kirchlichen Geboten und den rechtlichen Vorgaben der BRD. Insofern sind die Positionen der katholischen und evangelischen Kirche zu Sterbehilfe in Deutschland auch von großer gesellschaftlicher Relevanz. Dabei fällt auf, dass die Bewertung der einzelnen Sterbehilfeformen sowohl von den christlichen Kirchen in Deutschland als auch von rechtlicher Seite sehr ähnlich ist. Die Begründungen dazu unterscheiden sich jedoch zum Teil erheblich. Das Konzept der Heiligkeit des menschlichen Lebens, wie es von der katholischen Kirche vertreten wird, findet in der rechtlichen Argumentation in Deutschland keinen Niederschlag.

4.1.3 Gesellschaftliche Einflussfaktoren

Es ist möglich, in Deutschland Faktoren auszumachen, die für die deutsche Gesellschaft charakteristisch sind und in die Debatte um Sterbehilfe hineinspielen.

An erster Stelle sind in diesem Zusammenhang die historischen Erfahrungen und die daraus folgende Verantwortung der Deutschen zu nennen. Die Ereignisse der NS-Zeit und des zweiten Weltkrieges haben sich tief in das deutsche Nationalbewusstsein eingegraben. Die Schrecken und Grausamkeit der Verfolgung und systematischen Ermordung des jüdischen und der slawischen Völker sowie die organisierte Tötung behinderter und psychisch kranker Menschen sind Ereignisse die im gesellschaftlichen Diskurs in Deutschland von ausgesprochen hoher Präsenz sind (Fritz Bauer Institut. Studien- und

Dokumentationszentrum zur Geschichte und Wirkung des Holocaust 1997). Diese nationale Erfahrung prägt auch die Debatte um Sterbehilfe. Kaum ein Zeitungsartikel oder eine wissenschaftliche Veröffentlichung, die in Deutschland zum Thema Fragen bezüglich des Lebensendes erscheinen, lässt das Thema der Verbrechen des Naziregimes unerwähnt. (Enquete-Kommission des deutschen Bundestags 2002, Kröner 2001, Nationaler Ethikrat 2006, Odoncu 2002, Schildmann 2006). Diese starke Einflussnahme zeigt sich bereits in der deutschen Nomenklatur. Die meisten europäischen Länder benutzen das aus dem Griechischen stammende Wort „Euthanasie“ zur Bezeichnung der Hilfe beim bzw. im Sterben. In Deutschland jedoch ist dieser Begriff zu stark mit den Praktiken der Nazis verbunden, welche die Ermordung Behinderter und psychisch Kranker so bezeichneten (Protokoll der Nürnberger Prozesse 1947, S.2413ff). Daher wird im Deutschen dieser Begriff vermieden und man spricht stattdessen von Sterbehilfe und ihren Unterformen. Wenn in Deutschland Entscheidungen zum Thema Sterbehilfe getroffen werden sollen, wird dies immer beeinflusst und gehemmt von den Befürchtungen vor Vergleichen mit dem nationalsozialistischen Regime. Dies ist sicherlich einer der möglichen Gründe, weshalb die gesetzliche Lage in Deutschland zur Sterbehilfe so wenig eindeutig ist, eine gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe weitgehend fehlt (Kutzer 2002) (siehe Kapitel 4.1.1).

Eine weitere charakteristische Besonderheit Deutschlands zeigt deutlichen Niederschlag in der Sterbehilfedebatte. Die deutsche Gesellschaft zeichnet sich ähnlich der meisten westlichen Gesellschaften durch einen starken Individualismus aus (Odoncu 2002). Individualismus bezeichnet eine „Anschauung, die dem Individuum und seinen Bedürfnissen den Vorrang vor der Gemeinschaft einräumt“ (Duden 2000, S.607). Jeder Mensch wird vorrangig als Individuum wahrgenommen, welches den Lauf seines Schicksals selbst in der Hand hat, und nicht als Teil eines Kollektivs. Die Ursprünge dieser Haltung lassen sich unter anderem im Einfluss der europäischen Aufklärung finden, aber auch ebenso im reformierten Christentum. Durch die Lehren Luthers wurde der Mensch aus dem Kollektiv der Gläubigen herausgelöst und seine individuelle Beziehung mit Gott ins Zentrum gerückt (Sampson 2000). In der heutigen Sterbehilfedebatte in Deutschland schlägt sich dieser Individualismus deutlich nieder. Einer der höchsten Werte, die es nach deutscher Auffassung im Sterben zu berücksichtigen gilt, ist die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten (Schicktanz et al. 2010a).

Ein weiteres Charakteristikum der deutschen Gesellschaft liegt in ihrem Pluralismus. In Deutschland leben Menschen unterschiedlichster Herkunft und kultureller Prägung, Menschen aus den verschiedenen Ländern Europas, aber auch zahlreiche Bürger, die ihre Wurzeln im außereuropäischen Ausland haben. Nicht zu vernachlässigen sind auch

die unterschiedlichen Prägungen, die innerhalb Deutschlands durch die Landesteilung entstanden sind. Millionen Deutscher sind in der ehemaligen DDR aufgewachsen und sind jahrzehntelang von anderen Werten als die Bürger der BRD beeinflusst worden. In Deutschland besteht also ein großes Nebeneinander von Wertesystemen, denen durch den Staat Raum gelassen wird, denn die gesellschaftliche Anerkennung des Pluralismus ist die direkte Folge eines liberalen Autonomieverständnisses (Vieth 2006,S.48). So erscheint Deutschland als ein Land von großer kultureller Toleranz. Der deutsche Staat lässt in der Debatte um Sterbehilfe vielfältige gesellschaftliche Organe zu Wort kommen: die Bundesärztekammer, den Deutschen Ethikrat, die Gesellschaft für Humanes Sterben, die Deutsche Hospiz Stiftung um nur einige Beispiele zu nennen. Er selbst jedoch entzieht sich einer moralischen Bewertung der Sterbehilfe durch beispielsweise eine klare gesetzgeberische Initiative. Denn gerade durch den Pluralismus in der deutschen Gesellschaft ist es umso schwieriger geworden universell anerkannte Regeln zu etablieren (Vieth 2006).

4.2 In Israel

4.2.1 Rechtliche Regelungen der Fragen bezüglich des Lebensendes

Israel gehört zu den wenigen Ländern, in denen ein spezielles Gesetz existiert, das sich ausschließlich der rechtlichen Regelung der Fragen bezüglich des Lebensendes widmet. Es handelt sich um den Dying Patient Act, in Kraft seit dem Dezember 2005. Der rechtliche Rahmen für die Behandlung von Patienten am Lebensende wird darüber hinaus von anderen Gesetzen gebildet, welche ärztliches Handeln regeln, wie beispielsweise die Patients' Bill of Rights aus dem Jahre 1996. Dem Dying Patient Act geht eine jahrzehntelange Vorgeschichte voraus: in zahlreichen Gerichtsurteilen wurden Einzelfallentscheidungen zu Fragen bezüglich des Lebensendes getroffen. Des Weiteren wurden einige legislative Versuche gemacht, die Behandlung Schwerkranker und Sterbender zu klären. Abschluss dieser rechtlichen Entwicklung ist vorerst der Dying Patient Act.

Im israelischen Strafgesetz von 1977 wird das willentliche Herbeiführen des Todes einer Person sowohl durch Handlung als auch durch Unterlassung als Mord definiert und ist strafbar (Frenkel 2000). Somit sind die aktive Sterbehilfe sowie die Suizidbeihilfe gesetzlich verboten. Die Frage der Zulässigkeit passiver Sterbehilfe bleibt auf der Basis der Gesetzeslage von 1977 weitgehend ungeklärt, denn unter Umständen kann sie erlaubt

sein. Ein besonders kontroverser Punkt ist der Therapieabbruch. Durch die Gesetzeslage ist nicht eindeutig geklärt, ob er strafbar ist oder erlaubt sein kann.

Diese Unklarheiten führen in den 1980er und 1990er Jahren zu zahlreichen Rechtsstreitigkeiten und Gerichtsurteilen, die jedoch immer nur Einzelfallentscheidungen darstellen und die bestehenden Gesetze nicht immer auf die gleich Art und Weise interpretieren. Daher wird von zahlreichen Richtern immer wieder eine einheitliche gesetzliche Regelung zu Fragen bezüglich des Lebensendes gefordert. So beispielsweise im Fall Lubetzky im Jahr 1999. In diesem Fall forderte der Sohn die Einstellung der künstlichen Ernährung seiner 91-jährigen, schwer dementen und komatösen Mutter. Sein Anliegen wurde zurückgewiesen mit der Begründung, dass die Wünsche und Präferenzen der Patientin nicht eindeutig festzustellen seien (Shalev 2009).

1992 wird in Israel das Gesetz „Human Dignity and Freedom“ erlassen. Es setzt fest, dass die richtungsweisenden Werte in Israel demokratisch und jüdisch sein sollen. Israel deklariert sich als jüdisch-demokratischer Staat. Damit werden die Werte festgesetzt, die es für Israel auch im Umgang mit Fragen bezüglich des Lebensendes zu überbrücken gilt: auf der einen Seite der jüdische Grundsatz der Heiligkeit des Lebens, auf der anderen Seite das liberal-demokratische Primat der Patientenautonomie.

Dadurch wurde in den 1990ern die Ambivalenz für die Rechtsprechung noch einmal verschärft und das Fehlen einer eindeutigen Gesetzgebung wurde umso deutlicher (Shapira 2006). Patienten suchten rechtliche Sicherheit, dass ihre Therapiewünsche im Falle von späterer Nichteinwilligungsfähigkeit anerkannt werden. Gerichtsurteile dazu fielen jedoch widersprüchlich aus. Dem Behandlungsverzicht wurde meist stattgegeben, der Behandlungsabbruch hingegen war ein sehr strittiger und ungeklärter Punkt. Es mehrten sich jedoch die Stimmen, auch den Therapieabbruch zuzulassen (Shapira 2006).

Vor diesem Hintergrund kommt es 1996 zum Erlass der Patients' Bill of Rights. Erstmals werden in Israel auf gesetzlicher Ebene medizinethische Probleme und die Frage, was eine gute Behandlung ausmacht, bearbeitet (Barilan 2003a). In diesem Gesetz werden grundlegende Patientenrechte festgelegt. Dazu gehört u.a. ein für alle verfügbares Gesundheitssystem, das die Kosten für alle notwendigen Behandlungen trägt. Ein weiterer wichtiger Hauptpunkt der Patients' Bill of Rights ist, dass das Recht auf „informed consent“ festgeschrieben wird. Ärzte sind damit verpflichtet, ihre Patienten über ihren Gesundheitszustand, die Prognose sowie über die möglichen Behandlungsformen mit entsprechenden Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären. So sollten Arzt und Patient gemeinsam die beste Behandlungsmöglichkeit eruieren und anschließend muss der Patient seine Zustimmung zur Behandlung erteilen, bevor diese erfolgen kann.

Dem Patienten wird somit das Recht eingeräumt, dass eine Behandlung erst nach seiner Zustimmung erfolgen darf. Die Möglichkeit, eine Behandlung abzulehnen, was im Umkehrschluss ebenfalls erlaubt sein müsste, wird durch das Gesetz jedoch stark eingeschränkt. Das Recht auf einen „informed refusal“ (Gross 1999,S.13) des einwilligungsfähigen Patienten wird abgelehnt. Im Falle eines lebenssichernden Eingriffs, den der behandelnde Arzt für zwingend notwendig erachtet, wird ein Ethikkomitee eingeschaltet, welches entscheiden soll, ob die Behandlung gegen den Willen des Patienten durchzuführen ist. Das Komitee überprüft, ob der Patient ausreichend informiert ist, ob die Behandlung den Zustand des Patienten signifikant bessern würde und ob der Patient nach dem Eingriff seine Zustimmung nachträglich geben würde. Werden diese Voraussetzungen erfüllt, kann eine Behandlung gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden. Dem behandelnden Arzt wird explizit nahegelegt, den Patienten in jedem Fall von der Notwendigkeit der Behandlung zu überzeugen (Glick 1997).

Dieses Gesetz zeigt eine für Israel typische Mischung aus liberalen Elementen wie das Recht auf informed consent und paternalistischen Elementen wie die Behandlung gegen den Willen eines einwilligungsfähigen Patienten. Es ist ein Beispiel für die Wertevorstellungen des jüdisch-demokratischen Staates Israel, in dem Patientenautonomie nur ein Wert unter vielen darstellt (Schick Tanz et al. 2010a).

Viele Fragen zur Behandlung von Patienten am Lebensende blieben jedoch weiterhin ungeklärt, wie der Umgang mit dem Wunsch nach Therapieabbrüchen bei Patienten oder die Verbindlichkeit von Vorabverfügungen für Behandlungsmaßnahmen.

Daher wurde am 20.02.2000 vom damaligen israelischen Gesundheitsminister Schlomo Benizri eine Kommission einberufen, welche einen Gesetzesentwurf zur Behandlung von Patienten am Lebensende erarbeiten sollte, das Public Committee for Issues Related to Patients at the End of Life. Auslöser für die Bildung der Kommission war ein Gerichtsurteil, in dem entschieden wurde, das Beatmungsgerät eines jungen, an amyotropher Lateralsklerose erkrankten Patienten auf dessen Wunsch hin abzustellen (Steinberg 2006). Vor dem Hintergrund der darauffolgenden Debatte in der Presse und in der Knesset, dem israelischen Parlament, wurde das obengenannte Komitee eingesetzt. Vorsitzender wurde Avraham Steinberg, ein pädiatrischer Neurologe und Professor für Medizinethik an der Hebräischen Universität, Jerusalem. Diese Steinberg-Kommission sollte nach einem Kompromiss zwischen den wichtigsten jüdischen Werten wie der Heiligkeit des Lebens und liberalen Werten wie Patientenautonomie und Selbstbestimmung suchen. Diesem Kompromiss kommt in Israel ein ganz besonderer Stellenwert zu: „To synthesize secular and traditional values in Israel is as important for national identity as it is for poli-

tical stability.“ (Gross und Ravitsky 2003,S.249). Die Aufgaben der Steinberg-Kommission gehen also über eine bloße Gesundheitsreform hinaus. Sie muss gleichzeitig die teilweise Unvereinbarkeit grundlegender Werte der israelischen Gesellschaft überbrücken.

Die Kommission hatte 59 Mitglieder, welche in vier Subkommissionen aufgeteilt waren: a) eine medizinisch-wissenschaftliche, deren Mitglieder Ärzte, Krankenschwestern und Soziologen waren, b) eine philosophisch-ethische Subkommission, der Philosophen, Medizinethiker und Kleriker angehörten. Desweitern gab es c) eine juristische Subkommission, die sich aus Richtern, Anwälten und Juraprofessoren zusammensetzte und schließlich d) eine halachische Subkommission mit Rabbinern mit medizinischem Schwerpunkt als Mitgliedern (Steinberg 2006). Die Kommission beriet über zwei Jahre und legte am 17.01.2002 ihren Gesetzesvorschlag dem israelischen Gesundheitsminister vor. Unter den Mitgliedern des Steinberg-Komitees war eine weitgehende Einigkeit erzielt worden.

Der vorgelegte Gesetzesentwurf wurde weitgehend unverändert von der Knesset akzeptiert: am 06.12.2005 tritt der Dying Patient Act in Kraft. Grundannahme des Gesetzes ist nach §6, dass jeder Mensch bis zum Beweis des Gegenteils weiterzuleben wünscht.

Das Gesetz betrifft nach §3 ausschließlich sterbende Patienten. Ein sterbender Patient wird als ein Mensch definiert, der binnen sechs Monaten trotz Therapie sterben wird. Die letzten zwei Lebenswochen werden als Finalstadium definiert (Steinberg und Sprung 2007). Über die Einordnung des Patienten in diese Klassifizierung entscheidet der behandelnde Arzt. Die Therapieentscheidungen sollen ausschließlich vom Gesundheitszustand des Patienten, seinen Wünschen und dem Grad des Leidens des Patienten abhängig gemacht werden. Desweitern wurde bestätigt, dass eine absichtliche Lebensverkürzung in Form von aktiver Sterbehilfe (§16) oder ärztlich-assistiertem Suizid (§17) in jedem Fall gesetzeswidrig ist. Ein einwilligungsfähiger, sterbender Patient hat nach §13 das Recht, auf jede Form von Behandlung sowie auf Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr zu verzichten. Bei einem nichteinwilligungsfähigen Patienten, über dessen mutmaßlichen Willen in Form einer Patientenverfügung keinerlei Informationen vorliegen, ist nur ein Therapieverzicht zulässig. Die Entscheidung darüber wird von den behandelnden Ärzten anhand der medizinischen Indikation gefällt. Die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr muss jedoch in jedem Fall erfolgen.

Ein Hauptstreitpunkt bei der Erarbeitung des Gesetzesvorschlages betraf das Verfahren, wie mit von Seiten des Patienten gewünschten Therapieabbrüchen umzugehen sei. Für diesen Fall wird durch das Gesetz die Unterscheidung zwischen kontinuierlichen Be-

handlungen wie der maschinellen Beatmung und Behandlungen, die intermittierend verabreicht werden, wie die Dialyse oder Chemotherapie, eingeführt. Letztere können auf Wunsch des einwilligungsfähigen Patienten abgebrochen werden im Sinne eines Verzichts auf die Verabreichung des nächsten Zyklus. Kontinuierlich durchgeführte Therapien können in keinem Fall abgebrochen werden.

Eine Ausnahme wurde für die künstliche Beatmung eingeführt. In §13 wird festgelegt, dass, wenn eine Behandlung am Lebensende zu unnützer Verlängerung von Leid und Schmerz führt, diese ausgesetzt werden kann. Für den Fall, dass eine ungewollte künstliche Beatmung Leiden verlängert, besteht die Möglichkeit, eine Zeitschaltuhr an das Beatmungsgerät anzuschließen, welche das Gerät nach jeweils 24 Stunden wieder neu startet (Steinberg und Sprung 2007). Dadurch kann eine kontinuierliche Therapie in eine intermittierend verabreichte Therapie umgewandelt werden. Auf Wunsch eines einwilligungsfähigen Patienten ist so ein Abbruch der künstlichen Beatmung möglich.

Weitere Regelungen betreffen explizite Pflichten für Ärzte. Nach §41 müssen sie die Wünsche des Patienten explorieren und sowohl ihn als auch nahestehende Personen, die der Patient am Entscheidungsprozess beteiligt wissen möchte, ausmachen und hinreichend und ausführlich über den Gesundheitszustand und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten informieren. Des Weiteren werden die Ärzte dazu verpflichtet, Palliativmedizin im Sinne einer adäquaten Schmerzmedikation durchzuführen (§15).

Die Rolle der Patientenverfügung wird sehr gestärkt. Sie wird, wie in §21 festgeschrieben, als ein geeignetes Mittel anerkannt, den Willen eines nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten festzustellen. Sie muss, um gültig zu sein, schriftlich abgefasst sein und alle fünf Jahre erneuert werden. Alle Patientenverfügungen werden in einem nationalen Register gesammelt werden.

Zur Konfliktlösung zwischen Arzt und Patient werden kliniksinterne Ethikkomitees eingeführt. Denen soll ein nationales Ethikkomitee für die Lösung besonders schwieriger Fragen voranstellen.

Der Dying Patient Act sucht deutlich einen Mittelweg zu gehen zwischen der Anerkennung der Patientenautonomie und der Heiligkeit des Lebens. Ein entscheidender Punkt ist, ob ein Patient einwilligungsfähig ist. In diesem Fall wird seiner Autonomie Rechnung getragen. Im Falle eines nichteinwilligungsfähigen Patienten wird dem Prinzip der Heiligkeit des Lebens der Vorrang gegeben.

4.2.2 Religiöse Regelungen am Lebensende

Ein Großteil der israelischen Bevölkerung gehört dem jüdischen Glauben an. Insgesamt 20% der Bevölkerung sind Muslime, Christen und Drusen (Barilan 2004). Diese Glaubensgemeinschaften spielen jedoch in der Debatte um die Fragen der Sterbehilfe in Israel nur eine marginale Rolle. Auch wenn sich der Großteil der israelischen Juden als säkular ansieht (Gross und Ravitsky 2003), wird das politische Leben in Israel deutlich vom orthodoxen Judentum dominiert (Balke 2007). Insofern wird sich die Darstellung der für Israel relevanten religiösen Regelungen am Lebensende auf das Judentum konzentrieren

Das jüdische Religionsgesetz, die Halacha, regelt alle Lebensbereiche der gläubigen Juden. Das hebräische Wort „halacha“ bedeutet „gehen“. Die Aufgabe der Halacha besteht also darin, den jüdischen Menschen auf seinem Lebensweg zu begleiten, ihm Vorgaben zu geben, wie er seinen Lebensweg beschreiten soll (Bollag 2006). Der Halacha liegen mehrere religiöse Texte und Erzählungen zugrunde. Nach jüdischem Glauben wurden Moses von Gott auf dem Berg Sinai nicht nur die schriftlichen Gebote übergeben, sondern er habe ihm diese Gebote auch erläutert. Diese sogenannte mündliche Überlieferung wurde erst im 1. Jh n. Chr. stichpunktartig verschriftlicht, der Text wurde Mischna genannt. Im Lauf der nächsten Jahrhunderte folgten Erläuterungen zur Mischna, welche den Talmud bilden. Weiterhin besteht die Halacha aus Texten berühmter Rabbis – der Responsenliteratur -, in denen sie Fragen des Glaubens erörtern (Bollag 2006).

Gemäß orthodoxer jüdischer Tradition wird die Halacha als göttliche Offenbarung interpretiert. In ihrem Wortlaut sei Gottes Wille festgeschrieben. Daher dürfen keine Veränderungen der Texte vorgenommen werden. In der Halacha werden in zahlreichen Vorschriften alle Lebensbereiche eines Juden geregelt; über Geburt, Heirat, Tod und Bestattungen ist alles in ihr festgeschrieben. Die Halacha ist 3000 Jahre alt, doch auch die Regelungen zu neuesten technischen Entwicklungen wie zum Beispiel der Gentechnologie, sind aus ihren Texten ableitbar. Das Grundprinzip mit dem solche neuartigen Fragen beantwortet werden, ist der Analogieschluss (Bollag 2006). Die Schlussfolgerungen, welche aus den alten Erzählungen gezogen werden können, werden auf die neuen Situationen angewandt. Es gibt keine halachischen Geschichten, die explizit den Umgang mit Sterbehilfe behandeln. Zur Klärung dieser Fragen werden Geschichten zu verwandten Themengebieten wie der Umgang mit Tod und Sterben und das Märtyrertum aus der Halacha verwendet (Gesundheit et al. 2006).

Bezogen auf den Themenkomplex Sterbehilfe ist die Heiligkeit des Lebens die zentrale Grundannahme des Judentums (Bleich 2006). Dem menschlichen Leben in seiner Gesamtheit wie auch jedem einzelnen Augenblick davon wird unendlicher Wert beigemessen. Seine Erhaltung steht über allem (Shapira 2006). Jeder Jude ist verpflichtet, Leben zu retten, wenn es in seiner Macht steht. In diesem Falle werden andere halachische Regelungen bis auf wenige Ausnahmen ausgesetzt. Inzest, Gotteslästerung und Mord dürfen auch zur Rettung eines Menschenlebens nicht begangen werden (Bleich 2006).

In der Halacha wird klar zwischen Tun und Unterlassen unterschieden (Barilan 2004). Jeder Mensch ist für seine Taten verantwortlich. Dies gilt nicht im gleichen Maße bei Unterlassungen. Durch das Nichthandeln wird Gott Spielraum eingeräumt, den Lauf der Dinge nach seinem Willen zu gestalten. In Fällen von Unterlassung liegt die Verantwortung also nicht mehr primär beim Individuum, sondern bei Gott (Barilan 2004). Aufgrund dieser Argumentation wird im Judentum die internationale bioethische Gepflogenheit, keine moralische Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen zu ziehen, abgelehnt (Schicktanz et al. 2010b). Im Gegensatz dazu werden der Therapieabbruch als aktive Handlung und der Therapieverzicht als Unterlassung moralisch unterschiedlich bewertet, was sich auch in der israelischen Gesetzgebung (siehe oben) widerspiegelt.

Gleichzeitig wird auch dem Leiden eines sogenannten Goses, einer sterbenden Person, ein hoher Stellenwert eingeräumt. Das Leiden wird nicht wie im Christentum teilweise positiv besetzt, sondern als ein schrecklicher Zustand anerkannt, in dem die Seele Schaden nimmt (Barilan 2003b). In diesem Sinne soll das Leben eines Leidenden und damit seine Qual nicht künstlich verlängert werden.

Eine Regelung der Halacha besagt, man solle dem Kranken Salz auf die Zunge legen. Das trage zur Gesundheit bei und erhalte den Kranken am Leben. Tritt der Betroffene jedoch in die Sterbephase ein und leidet, solle das Salz entfernt werden, um ihn nicht länger am Leben zu erhalten und unnötig leiden zu lassen.

Aus diesem Brauchtum werden einige halachische Regeln zur Sterbehilfe abgeleitet. Der Leidensprozess eines Sterbenden soll nicht künstlich verlängert werden. Passiv das Sterben zuzulassen, ist nicht verboten für den Fall, dass der Kranke stark leidet. Denn nur so kann Gott allein über den Vorgang des Sterbens und die Form des Todes entscheiden (Barilan 2003b).

In einem Text, der sich in der Mischna findet, wird der Umgang mit Todkranken geregelt. Dort heißt es, dass es nicht erlaubt sei, einen Todkranken in irgendeiner Form zu belasten. Wer einem Sterbenden die Augen schließt, macht sich selbst zum Mörder (Gesund-

heit et al. 2006). Aktives Eingreifen in den Sterbeprozess, eine absichtliche und aktive Verkürzung des Leidens ist nach halachischen Prinzipien also strengstens untersagt.

Eine Erzählung des Talmunds ist im Zusammenhang mit der jüdischen Position zu Sterbehilfe von zentraler Bedeutung, die des Martyriums des Rabbi Chanina ben Teradion (Gesundheit et al. 2006).

Im Talmund heißt es über Rabbi Chanina ben Teradion folgendes: Trotz des Verbots der Römer, die jüdische Lehre zu verbreiten, lehrte der Rabbi weiter die Thora. Die Römer nahmen ihn gefangen und beschlossen, ihn zur Abschreckung besonders qualvoll sterben zu lassen. Er sollte auf dem Scheiterhaufen verbrannt werden. Um seinen Tod jedoch hinauszuzögern und so seine Qual zu verlängern, sollte sein Körper mit in Wasser getränkten Tüchern umwickelt werden, damit er nicht zu schnell verbrenne. Sowohl seine Schüler als auch seine Familie wohnten der Verbrennung bei. Sie waren von Grauen erfüllt und flehten den Rabbi an, doch seinen Mund zu öffnen, auf dass das Feuer schneller in ihn eindringen könne und er so rascher zu Tode käme. Der Rabbi lehnte dies ab mit den Worten: „Mag lieber derjenige, der die Seele gegeben hat, sie nehmen, niemand aber tue sich selbst ein Leid an.“ (Kravitz 2006,S.75). Daraufhin bot der Henker dem Rabbi einen Handel an: er erklärte sich bereit die Flammen stärker zu entfachen und die feuchten Lappen zu entfernen, auf dass er schneller stürbe. Dafür sollte der Rabbi den Henker mit sich ins Paradies nehmen. Rabbi Teradion stimmte dem zu, der Henker entfachte die Flammen, worauf der Rabbi schnell starb. Daraufhin sprang auch der Henker in die Flammen und starb ebenfalls. Die Erzählung endete damit, dass eine himmlische Stimme den Eintritt der beiden ins Paradies verkündet (Kravitz 2006).

Aus dieser Geschichte wurden von bedeutenden Rabbis wichtige Schlüsse für die Beurteilung der Sterbehilfe aus jüdischer Sicht gezogen (Barilan 2003b). Der Rabbi weigert sich, seinen eigenen Tod durch Öffnen des Mundes zu beschleunigen. Er lehnt es also ab, den Sterbevorgang aktiv zu verkürzen. Das Recht, über Tod und Leben zu entscheiden, wird nur Gott zugebilligt, nicht aber dem Individuum selbst. Dies wird in der Form gedeutet, dass jede Form des aktiven Eingreifens zur Verkürzung des Sterbens sowohl in Form von aktiver Sterbehilfe als auch in Form eines Therapieabbruchs verboten ist. Auf den Vorschlag des Henkers jedoch, die Hindernisse zu entfernen, die seinen unvermeidlichen Tod hinauszögern sollen, die feuchten Tücher nämlich, geht er jedoch ein. Durch die Entfernung der Lappen wird eine künstliche Verlängerung seines Leidens verhindert. Daraus wird der Schluss gezogen, dass diese Form der Sterbehilfe, auf Prozeduren, die das Sterben hinauszögern und Hindernisse für den Sterbevorgang sind, zu verzichten, sprich die passive Sterbehilfe in Form von Therapieverzicht, das gebotene

Verhalten darstellt (Barilan 2003b). Als Bestätigung, dass der Rabbi richtig gehandelt hat, als er die aktive Beschleunigung seines Todes ablehnte, die Beseitigung von Hindernissen für sein Sterben jedoch gestattete, werden sowohl er als auch der Henker direkt ins Paradies aufgenommen (Gesundheit et al. 2006).

Zusammenfassend lässt sich die jüdisch-halachische Position zu Sterbehilfe also folgendermaßen beschreiben: Das Leben wird als heilig und unendlich wertvoll angesehen. Keine aktive Handlung darf vollzogen werden, dieses Leben, auch wenn es sich um einen Todkranken handelt, zu verkürzen. Gleichzeitig sollten aber auch keine Handlungen vorgenommen werden, die den Tod künstlich hinauszögern und das Leiden unnötig verlängern. In diesem Fall sollte auf Eingriffe verzichtet werden. Es fällt ein starker Einfluss der halachischen Regeln auf das rechtliche Verständnis von Sterbehilfe in Israel auf. Besonders die zentrale Unterscheidung von Handeln und Unterlassen findet sich in der unterschiedlichen rechtlichen Bewertung von Therapieabbruch und Therapieverzicht wieder. Besonders augenfällig ist diese Verknüpfung dadurch, dass zentrale religiöse Begriffe, wie der Heiligkeit des Lebens Eingang in die rechtliche Argumentation gefunden haben (Steinberg und Sprung 2007).

4.2.3 Gesellschaftliche Einflussfaktoren

Die israelische Gesellschaft zeichnet sich durch einige strukturelle Besonderheiten aus, die für die Haltung zu Fragen bezüglich des Lebensendes von Bedeutung sind. Vor deren Hintergrund werden Konfliktpunkte der Sterbehilfedebatte erklärlich.

Die jüdische Religion ist ein wichtiger Teil des Staates Israel. Obwohl es sich um ein säkularisiertes Land handelt (Barilan 2003a), ist das Judentum mit seinen Bräuchen, Geschichten, Traditionen und Wertvorstellungen tief in ihm verwurzelt und Teil der kulturellen Identität des Einzelnen (Dorff und Newman 1995). Durch diese starke Verflechtung von Religion, kultureller und nationaler Identität ist der große Einfluss orthodoxen Judentums in Israel zu verstehen. Dieser findet sich beispielsweise in der Debatte um Fragen bezüglich des Lebensendes wieder. So waren in der Steinberg-Kommission Geistliche in hohem Maße vertreten; als einzige Berufsgruppe hatten sie Mitglieder in zwei Subkommissionen, der halachischen und der philosophisch-ethischen. Gleichzeitig verschließt sich Israel westlich-liberalen Werten nicht und kann sich dem auch nicht verschließen, um seine nationale und politische Stabilität nicht zu gefährden (Gross und

Ravitsky 2003). In Israel findet sich also insofern die Besonderheit eines Staates, der sowohl seine traditionellen Wurzeln und Wertesysteme zu wahren sucht als auch offen gegenüber liberalem Gedankengut ist.

Eine weitere charakteristische Besonderheit Israels zeigt deutlichen Niederschlag in der Sterbehilfedebatte. Die israelische Gesellschaft zeichnet sich durch einen starken Kollektivismus aus; die Interessen der Gemeinschaft werden über die des Individuums gestellt (Gross 1999). Dessen Ursachen lassen sich unter anderem im Judentum finden. Die von Rabbis strukturierte Religion wird bestimmt durch eine hohe Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung. Die Individuen werden in ihrer Vernetzung mit anderen und der Einbettung in ein System wahrgenommen. Nach dem Verständnis rabbinischer Tradition wird das Individuum erst im Dialog mit anderen sichtbar (Sampson 2000). Im Umkehrschluss ist für Juden ein soziales Netzwerk nötig, um sich als Individuum wahrnehmen zu können. Diese Art der zwischenmenschlichen Beziehung im Judentum wird als prägende verstanden („formative understanding of the person-other relationship“ (Sampson 2000, S.1428). Die Gemeinschaft ist daher in jüdischen Gemeinden von übergeordneter Bedeutung, das Individuum rückt in den Hintergrund.

Ein zweiter Grund für den israelischen Kollektivismus ist in seiner geopolitischen Situation zu finden. Der Staat Israel liegt umgeben von Staaten, die sowohl politisch als auch religiös einer anderen Richtung angehören und Israel mehr oder weniger offen feindlich gegenüberstehen. Durch den Konflikt zwischen Palästina und Israel sind im israelischen Alltag kriegerische Auseinandersetzungen und militärische Bedrohungen sehr präsent. Durch diese angespannt Lebenssituation und die politische Isolierung in der Region wird ein starkes Gemeinschaftsgefühl in der israelischen Gesellschaft geschaffen (Gross 1999). Die Interessen der Gemeinschaft werden gegenüber denen des Individuum als vorrangig angesehen. Die israelische Gesellschaft ist daher durch einen deutlichen Sozialpaternalismus geprägt. Dies wird unter anderem in der Debatte zur Sterbehilfe klar. Dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen wird nur eine sekundäre Rolle zugeordnet. Der Staat schränkt die Möglichkeit für Kranke, eine Behandlung abzulehnen, ein. Im Gegensatz dazu haben der behandelnde Arzt und übergeordnete Gremien einen großen Einfluss auf die Behandlungsentscheidungen (Wietchner 1998). Die Arzt-Patienten-Beziehung ist ebenso wie die zwischen Individuum und Gesellschaft paternalistisch geprägt.

5. Die aktuelle Debatte um ethische Probleme bei Entscheidungen am Lebensende in Deutschland und Israel

Im folgenden Kapitel wird der Stand der Debatten um Fragen bezüglich des Lebensendes in Deutschland und Israel dargelegt. Nach Erläuterung der Rahmenbedingungen für Sterbehilfe in beiden Ländern im vorhergehenden Kapitel, werden hier die Schwerpunkte der aktuellen Diskussionen um Fragen bezüglich des Lebensendes in Deutschland und Israel erläutert. Dabei werden besonders die offenen Streitpunkte beleuchtet und die gängigen ethischen Argumente aus beiden Ländern in der Diskussion um Sterbehilfe vorgestellt.

Sowohl in Deutschland als auch in Israel herrscht seit gut zwei Jahrzehnten eine andauernde, rege Debatte um Entscheidungen bei Fragen bezüglich des Lebensendes und die ethische Bewertung von Sterbehilfe. Debatte bezeichnet dabei die „öffentliche Aussprache in Rede und Gegenrede“ (Der Brockhaus in 15 Bänden 1997-1999, S.152). Die Debatte um Sterbehilfe geht dabei über rein rechtliche Fragen oder medizinische Vorgehensweisen hinaus. Sie thematisiert ebenfalls die in einer Gesellschaft herrschenden moralischen Werte. So geht es auch darum, welches Stellenmaß eine Gesellschaft Werten wie Selbstbestimmung und Lebensschutz zubilligt und welche Rolle religiöse Überlegungen spielen können. Darüber hinaus löst die Debatte um Sterbehilfe ebenso eine Vielzahl von grundsätzlichen Fragen über die Sterbekultur in den betroffenen Gesellschaften aus und bietet die Möglichkeit zur Auseinandersetzung über den Umgang mit Sterbenden und Kranken. Allerdings sind die Schwerpunkte der Sterbehilfedebatte in beiden Ländern zum Teil sehr unterschiedlich. In Deutschland nimmt die Diskussion um die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe besonders großen Raum ein. In Israel hingegen steht die Debatte um die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe in Form von Therapieabbrüchen im Vordergrund. In diesem Zusammenhang wird in beiden Ländern viel über die Gewichtung des Patientenwillens diskutiert.

Im Folgenden werden die Schwerpunkte und Charakteristika der jeweiligen Debatten um Sterbehilfe und Fragen bezüglich des Lebensendes in Deutschland und Israel erläutert. Bei der Analyse der beiden Sterbehilfedebatten lassen sich strukturelle von inhaltlichen Merkmalen unterscheiden. Zu den strukturellen Charakteristika zählen Fragen wie die Lebhaftigkeit der Debatte im Allgemeinen, von wem sie angeführt wird und welche Art von Argumenten und Wertvorstellungen dabei eine Rolle spielen. Davon lassen sich rein inhaltliche Fragestellungen abgrenzen wie die gesetzlichen Regelungen von Therapieabbrüchen in Israel oder die unterschiedlichen Vorschläge für eine Änderung der Ster-

behilfenomenklatur in Deutschland. Im Folgenden wird zuerst die deutsche danach die israelische fachethische Sterbehilfedebatte dargestellt werden. Dabei wird immer zunächst auf die strukturellen Merkmale, dann auf die inhaltlichen Schwerpunkte eingegangen werden.

Die aktuelle Debatte um Sterbehilfe in Deutschland

In Deutschland herrscht in den letzten Jahren eine ausgesprochen rege Diskussion um das Thema Sterbehilfe. Dabei lässt sich sowohl eine intensive Fachdebatte als auch eine breite öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema feststellen. Die Diskussions Teilnehmer sind heterogen und reichen von politischen Gremien wie dem Nationalen Ethikrat über gesellschaftliche Organe wie beispielsweise die „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“ oder die „Deutsche Hospiz Stiftung“ bis hin zu populärwissenschaftlichen Beiträgen in Zeitungen. Ebenso beteiligen sich in Deutschland die Standesvertretungen von Ärzten und Juristen sowie einzelne Experten an der Diskussion um Sterbehilfe. So bestätigt die Bundesärztekammer die Aktualität der Sterbehilfedebatte durch die Veröffentlichung einer Neufassung der „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ im Januar 2011. Die Vorgängerversion stammte aus dem Jahr 2004. (zur näheren Darstellung der Stellungnahme siehe Kapitel 4.1.1) Für die hohe Präsenz des Themas sprechen zahlreiche Veröffentlichungen in juristischen, medizinethischen und medizinischen Fachkreisen. So werden in der DRZE-Datenbank insgesamt 119 Veröffentlichungen in den Jahren 2010 und 2011 unter dem Schlagwort „Sterbehilfe“ verzeichnet. (Suchdatum: 20.09.2012). Desgleichen lässt sich in der deutschen Presselandschaft ein hohes Maß an Beschäftigung mit dem Thema ausmachen. So zählt die deutsche Wochenzeitung „Die Zeit“ 17 Beiträge zum Thema Sterbehilfe allein im Jahr 2010. Auch Film und Fernsehen in Deutschland thematisieren Sterben und Sterbehilfe. In diesem Zusammenhang sind Beiträge wie beispielweise die Folge „Der glückliche Tod“ aus der Serie „Tatort“ von 2008 oder Filme wie „Marias letzte Reise“ von Rainer Kaufmann aus dem Jahr 2005 sowie „Satte Farben vor Schwarz“ von Sophie Heldmann aus dem Jahr 2010 zu sehen. Bei der Analyse der deutschen Sterbehilfedebatte fällt auf, dass sie inhaltlich ausgesprochen weit gestreut ist. Statt der Fokussierung auf nur wenige inhaltliche Schwerpunkte erfolgt in Deutschland eine kritische Bearbeitung vielfältigster Aspekte, welche die Sterbehilfe umfassen. Punkte der Auseinandersetzung sind unter anderem die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und des ärztlich-assistierten Suizids, die rechtliche Einordnung der passiven Sterbehilfe, die begriffliche und inhaltliche Abgrenzung der einzelnen Sterbehilfeformen voneinander, die Stellung des Patientenwillens und der Patientenverfügung sowie die Rolle der Palliativmedizin.

Leitargument und zentraler Punkt der Sterbehilfedebatte in Deutschland bildet das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Es beinhaltet das Recht des Patienten, über seine Therapieformen entscheiden und letztendlich auch seine Art des Sterbens wählen zu können (Woellert und Schmiedebach 2008). Die moderne Intensivmedizin hat große medizinische Fortschritte gebracht und Behandlungsmöglichkeiten in Fällen eröffnet, die vor einigen Jahren noch zum sicheren Tod führten. Gleichzeitig steigt damit jedoch auf Seiten der Patienten und Laien die Angst vor Übertherapie, der Abhängigkeit von „Maschinen“ am Lebensende, einer qualvollen Verlängerung des Leidens, der eigenen Kontrolle entzogen. Die Furcht vor Kontrollverlust ist sicherlich einer der Gründe, weshalb das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in den 80er und 90er Jahren immer stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt ist (Sahm 2006). Heute ist die Patientenautonomie ein Schlüsselargument für die Diskussion um Sterbehilfe in Deutschland geworden. Sie wird von den unterschiedlichsten Gruppierungen als Begründung für ihre oft auch gegensätzlichen Positionen verwendet. So berufen sich sowohl Befürworter der aktiven Sterbehilfe als auch ihre Gegner auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Hochgrebe 2005). Es zeichnet sich eine Tendenz ab hin zu der Annahme, dass die Wahrung der eigenen Autonomie zur Voraussetzung für ein würdevolles Sterben wird. Fürsorge als ärztliche Aufgabe tritt in dieser Diskussion immer mehr in den Hintergrund (Sahm 2006). Die argumentative Grundlage für das Recht auf Autonomie liegt in der Menschenwürde. Obwohl es sich dabei um einen nicht unumstrittenen Begriff handelt, ist er in der Bioethikdebatte der westlichen Welt allgegenwärtig. Unter Autonomie wird in diesem Kontext die Fähigkeit verstanden, Entscheidungen selbst und eigenverantwortlich zu treffen. Dies ist ein zentraler Aspekt der Menschenrechte und geht daher mit der Anerkennung der Würde eines Menschen einher. „Achtung der Würde und Achtung der Autonomie fallen daher zusammen“ (Hochgrebe 2005,S.103) Die Meinungen darüber, was ein würdevolles Sterben bedeuten kann, gehen hingegen natürlicherweise auseinander. Einigkeit besteht wohl nur über den Punkt, dass es sich um ein Grundbedürfnis des Menschen handelt, würdevoll sterben zu wollen (Odoncu 2002).

Die Inhalte der deutschen Sterbehilfedebatte sind, wie bereits erwähnt, sehr vielfältig. Erster Streitpunkt sind die Begrifflichkeiten. In Deutschland hat sich der Begriff „Sterbehilfe“ eingebürgert. Die übliche Unterscheidung in aktive, passive und indirekte Sterbehilfe geht auf H. Erhardt von 1966 zurück (Erhardt 1966). Diese Nomenklatur wird vielfältig in Frage gestellt (Habicht 2009). Der Begriff „Sterbehilfe“ wird häufig als zu positiv besetzt kritisiert (Nationaler Ethikrat 2006). Das Wort „Hilfe“ bezeichnet „das Tätigwerden zu jemandes Unterstützung“ (Duden 2007). Es handelt sich also um etwas, was im Prozess des Sterbens in jedem Fall wünschenswert ist. Im Falle der aktiven Sterbehilfe geht

es jedoch darum, den Betroffenen gezielt zu töten und damit eine nach der gegenwärtigen Rechtslage illegale Handlung zu verüben. Die Bezeichnung „Sterbehilfe“ wird daher als zu beschönigend und den wirklichen Sachverhalt verschleiern kritisiert (Nationaler Ethikrat 2006). Zu Verwirrung führt auch die Verwendung der Adjektive „aktiv“ und „passiv“. Denn diese bezeichnen nicht den Handlungsmodus. Das Sterbenlassen bei der passiven Sterbehilfe muss nicht zwangsweise ausschließlich „passiv“ erfolgen. Sie kann ebenso auch eine „aktive“ Handlung wie das Abstellen eines Beatmungsgeräts erfordern. Diese Nomenklatur kann also leicht zu Unsicherheiten führen. Studienergebnisse hierzu zeigen, dass Ärzte häufig Maßnahmen der passiven Sterbehilfe der illegalen aktiven Sterbehilfe zuordnen (Oorschot et al. 2005). Das bringt die Gefahr mit sich, dass Patienten am Lebensende aus Angst vor juristischen Konsequenzen falsch behandelt und ihnen Therapieoptionen im Sinne einer Behandlungsbegrenzung verwehrt werden (Nauck 2011). Auch der Begriff der indirekten Sterbehilfe wird kritisiert (Nationaler Ethikrat 2006). Er impliziert, dass die Tötung des Patienten, wenn auch indirekt, Ziel einer Therapiemaßnahme sein kann (Sahm 2006). Dies ist jedoch zum einen mit dem ärztlichen Berufsethos unvereinbar (Bundesärztekammer 2011). Zum anderen besteht die Intention des Arztes nicht in der Tötung des Patienten, sondern darin, ihm Leiden und Schmerzen zu erleichtern.

Zur besseren definitorischen Klärung und Sicherheit der Beteiligten wurden von der Bundesärztekammer und vom Nationalen Ethikrat Vorschläge für eine eindeutigeren Nomenklatur gemacht. Die Bundesärztekammer schlägt in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 2004 vor, den Begriff der „passiven Sterbehilfe“ durch den Ausdruck „Therapiezieländerung“ zu ersetzen. Dadurch wird auf die Bezeichnung des Handlungsmodus verzichtet. Durch den Krankheitsverlauf kann sich das Therapieziel im Lauf einer Behandlung verändern. So kann anstatt der Lebensverlängerung die Leidensverminderung in den Vordergrund rücken. Im Zuge dessen können Therapiemaßnahmen abgebrochen werden oder es kann auf sie verzichtet werden. Auch der Nationale Ethikrat plädiert für die Aufgabe der Begriffe der aktiven, passiven und indirekten Sterbehilfe. Er schlägt vor, alle Maßnahmen, medizinische Therapien sowie pflegerische und seelsorgerische Tätigkeiten am Lebensende eines Menschen als „Sterbebegleitung“ zu bezeichnen. Der Begriff „Sterbenlassen“ tritt an die Stelle der passiven Sterbehilfe. Die aktive Sterbehilfe wird durch den Ausdruck „Tötung auf Verlangen“ ersetzt. Dadurch soll besonders betont werden, dass die Tötung nur auf den ausdrücklichen Wunsch des Patienten hin stattfinden soll. Die indirekte Sterbehilfe geht in dem Begriff der „Therapien am Lebensende“ auf. Dieser meint alle medizinischen Maßnahmen in der letzten Lebensphase und schließt damit Behandlungen ein, die den Sterbensprozess auf Kosten

einer adäquaten Schmerzmedikation verkürzen können (Nationaler Ethikrat 2006). Obwohl die Vorschläge positiv aufgenommen wurden (Sahm 2006), konnte sich bis zum jetzigen Zeitpunkt jedoch keiner der Vorschläge durchsetzen. Die Begriffe „aktive, passive und indirekte Sterbehilfe“ sind weiterhin weitläufig in Gebrauch.

Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt der deutschen Sterbehilfedebatte betrifft die Diskussion um die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe und des ärztlich-assistierten Suizids. Nach deutschem Recht ist die aktive Sterbehilfe verboten. Der rechtliche Status des ärztlich-assistierten Suizids ist schlussendlich nicht eindeutig geklärt. Die Bundesärztekammer jedoch weist beides als nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehörig zurück, was sie in den im Januar 2011 veröffentlichten „Grundsätzen der ärztlichen Sterbebegleitung“ noch einmal bekräftigt hat (Bundesärztekammer 2011). Seit den 1970er Jahren rückte die aktive Sterbehilfe vermehrt in den Blickwinkel der Öffentlichkeit. Die Ursache dafür ist unter anderem die vermehrte Diskussion über die aktive Sterbehilfe in Nachbarländern Deutschlands, insbesondere den Niederlanden (Benzenhöfer 2009). Dort wurde im Jahr 2002 nach jahrzehntelanger Debatte die aktive Sterbehilfe legalisiert. Wenige Monate später folgte Belgien ebenfalls mit einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. In der Schweiz hingegen ist der ärztlich-assistierte Suizid legal. Aufgrund dieser Konfrontation mit einem anderen als in Deutschland üblichen Umgang mit aktiver Sterbehilfe wurde die Debatte über die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe und des ärztlich-assistierten Suizids in Deutschland beeinflusst und besonders in den letzten Jahren belebt (Oehmichen und Meissner 2003). Befürworter der aktiven Sterbehilfe argumentieren mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Ist dieser einwilligungsfähig, soll er die Möglichkeit haben, nach seinen Vorstellungen in Würde sterben zu können. Dies müsse respektiert werden (Hochgrebe 2005). Ein weiteres Argument für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe besteht in der Pflicht des Arztes, den Patienten von seinem Leiden zu befreien. Es sei unmenschlich, jemanden, um sein Leiden wissend, trotzdem zum Leben zu zwingen (Oduncu 2005b). Gegner der aktiven Sterbehilfe argumentieren hingegen mit der Schutzwürdigkeit des Lebens und berufen sich auf die Fürsorgepflicht der Ärzte und der Gesellschaft kranken und leidenden Menschen gegenüber (Hochgrebe 2005). Besonders von ärztlicher Seite wird ein Vertrauensverlust seitens des Patienten und eine Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses befürchtet für den Fall, dass die aktive Sterbehilfe ärztliche Aufgabe werden würde. Ein weiteres Argument gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe besteht darin, dass sich alte und kranke Menschen als Belastung fühlen und unter dem sozialen Druck in Rechtfertigungszwang geraten könnten, wenn sie trotz schwerer Erkrankung weiterleben wollten (Oduncu 2005b). Besonders aber warnen Gegner der aktiven Sterbehilfe vor der Missbrauchsgefahr, die eine Legalisie-

nung von aktiver Sterbehilfe und ärztlich-assistiertem Suizid mit sich bringen würde. Es handelt sich dabei um typische Dambruchargumente, sprich die Befürchtung, dass es nach einer ersten Lockerung einer Regelung schnell zur Ausweitung und damit zu immer problematischeren Praktiken kommt (Ach und Gaidt 2000). Kritiker befürchten zweierlei: Einmal besteht die Gefahr, dass es, wenn die aktive Sterbehilfe erst einmal etabliert ist, auch zu Tötungen ohne die ausdrückliche Einwilligung des Patienten kommen wird (Nationaler Ethikrat 2006). Eine zweite Sorge besteht darin, dass sich, wenn es einmal zu einer Legalisierung gekommen ist, die Kriterien für die erlaubte Durchführung von aktiver Sterbehilfe und ärztlich-assistiertem Suizid ausweiten und aufweichen würden (Hochgrebe 2005). Stattdessen behaupten Gegner der aktiven Sterbehilfe, dass mit einer flächendeckenden, palliativmedizinischen Versorgung kein Bedürfnis mehr nach der Tötung von Schwerkranken bestehen werde (Aulbert et al. 2002). Bis jetzt ist in den Fragen um aktive Sterbehilfe keine baldige Entscheidung abzusehen. Da sich besonders die Bundesärztekammer gegen die aktive Sterbehilfe ausspricht, ist mit einer Legalisierung in naher Zukunft sicher nicht zu rechnen.

Die Diskussion um die Zulässigkeit des ärztlich-assistierten Suizids in Deutschland stellt sich ganz ähnlich dar. Sowohl Befürworter als auch Gegner einer Legalisierung führen die gleichen Argumente an, wie sie auch für die aktive Sterbehilfe verwendet werden. Auch hier spannt sich das Grunddilemma zwischen den Polen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten auf der einen Seite und der Pflicht des Arztes und der Gesellschaft, Leben zu schützen, auf der anderen Seite auf. Die Ausgangssituation wird jedoch zusätzlich durch die Rechtslage verkompliziert. Von juristischer Seite handelt es sich bei der Beihilfe zur Selbsttötung strenggenommen nicht um eine Straftat. Lässt der Mithelfende den Suizid aber ohne einzuschreiten zu, kann ihm unterlassene Hilfeleistung angelastet werden (Näheres siehe Kapitel 4.1.1). Durch die Rechtsprechung ist bis zum jetzigen Zeitpunkt nie eindeutig geklärt worden, ob es wirklich zu einer Straffreiheit kommen würde. Mit Sicherheit wäre jedoch ein Ausschluss aus der Berufsgenossenschaft Folge für den durchführenden Arzt, denn die Bundesärztekammer lehnt die Suizidbeihilfe als ärztliche Aufgabe strikt ab.

Auch die Regelungen um die passive Sterbehilfe werden diskutiert. Die Fragen dazu stehen allerdings weniger im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. Über die Rechtmäßigkeit der passiven Sterbehilfe besteht weitgehende Einigkeit. Aber die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe ist bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesetzlich festgeschrieben worden. Genau daran entzündet sich die Debatte um die passive Sterbehilfe. Ist eine solche gesetzliche Regelung nötig oder sollte darauf verzichtet werden? Bis jetzt ist die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe nur durch höchstrichterliche Entscheidungen bestä-

tigt worden; allen voran ist hier der Kemptner-Fall von 1994 zu nennen (Näheres siehe Kapitel 4.1.1). Die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe basiert auf dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Denn eine medizinische Behandlung, so indiziert sie auch sein möge, bedarf immer der Einwilligung des aufgeklärten Patienten. Der Arzt an sich verfügt nicht über ein selbstverständliches Behandlungsrecht (Simon 2007). Nur in Notfallsituationen besteht hiervon eine Ausnahme. In rechtlicher Hinsicht spielt es keine Rolle, ob es sich bei der Behandlungsbegrenzung um einen Abbruch von laufenden Therapien oder um einen Verzicht auf zukünftige Therapiemaßnahmen handelt (Kutzer 2002). Trotz der rechtlich klaren Situation bestehen in der Praxis jedoch viele Unsicherheiten bei der korrekten Abgrenzung von erlaubter passiver Sterbehilfe und verbotener aktiver Sterbehilfe. Wie bereits oben erwähnt, tragen dazu auch die Begrifflichkeiten bei. Sowohl von juristischer wie von ärztlicher Seite wurde daher mehrfach, bislang jedoch erfolglos, eine gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe gefordert (Kutzer 2002).

Eine weitere Thematik wurde im vergangenen Jahrzehnt in Deutschland diskutiert. Es handelt sich um die Patientenverfügung und die Einschätzung ihrer Verbindlichkeit. Im Juni 2009 wurde dazu eine neue gesetzliche Basis geschaffen und die Debatte ist hier vorerst zum Abschluss gekommen. Eine genauere Beschreibung der gesetzlichen Regelungen findet sich in Kapitel 4.1.1.

Die aktuelle Debatte um Sterbehilfe in Israel

Bei der Analyse der israelischen Sterbehilfedebatte fallen einige Punkte besonders ins Auge, die als charakteristisch für selbige anzusehen sind. Besonders auffällig (und aus deutscher Sicht durchaus unerwartet) ist bei der Diskussion um Fragen der Sterbehilfe das beinahe Fehlen von Bezugnahmen auf das nationalsozialistische Regime und den Holocaust. Die Positionen zu Sterbehilfe, die von den jeweiligen Autoren oder auch nationalen Gremien vertreten werden, werden nicht mit den historischen Erlebnissen des jüdischen Volkes während des Holocaust begründet. Im Gegensatz wird meist noch nicht einmal ein Bezug zu der aktuellen Sterbehilfedebatte hergestellt. Vielmehr konzentriert sich die israelische Sterbehilfedebatte auf die Gegenwart, die gewachsenen Strukturen und gesellschaftlichen Ströme des Staates Israel. Dabei haben kulturelle Überlegungen durchaus einen großen Stellenwert, diese werden aber ohne Rückgriff auf historische Argumente vorgebracht. An dieser Stelle ist besonders die Spannung zwischen jüdisch-orthodoxen Werten und demokratisch-liberalen Vorstellungen zu nennen. In Israel herrscht eine einzigartige Mischung von traditionellen, religiösen Werten und liberalen, westlich orientierten Elementen (Shapira 2006). Die Betonung dieses Dualismus lässt sich bereits an der Bezeichnung Israels als jüdisch-demokratischen Staat fest-

stellen. Diese Namensgebung wurde 1992 von der Knesset, dem israelischen Parlament, beschlossen. Von diesem Selbstverständnis wird die israelische Debatte um Sterbehilfe stark geprägt. Auf der einen Seite steht der große gesellschaftliche Einfluss des orthodoxen Judentums, für das die Heiligkeit des Lebens das Primat darstellt. Auf der anderen Seite steht die westlich-liberale Orientierung Israels, die für die Anerkennung von Werten wie Selbstbestimmung und Autonomie steht. In der israelischen Debatte um Sterbehilfe finden sich genau diese beiden Pole wieder. Gleichzeitig ist das Bestreben sehr stark, einen Konsens zwischen diesen beiden Elementen zu finden, welches sich in beispielhafter Weise in der gesetzgeberischen Arbeit der Steinberg-Kommission und dem daraus folgenden Gesetz, dem Dying Patient Act, widerspiegelt, worauf später genauer eingegangen werden wird.

Welche Probleme um Fragen bezüglich des Lebensendes sind in Israel vorrangig präsent? Die israelische Sterbehilfedebatte ist sehr konzentriert auf wenige inhaltliche Schwerpunkte. Im Zentrum der Diskussion steht die Bewertung der passiven Sterbehilfe und ihrer Formen „Therapieverzicht“ und „Therapieabbruch“. Es besteht große Uneinigkeit darüber, inwieweit diese Formen als gleichrangig betrachtet werden sollten und inwiefern sie für Patienten zulässig sein können. Ein weiterer Streitpunkt ist, wer über die Anwendung dieser Maßnahmen entscheiden sollte, die behandelnden Ärzte oder die betroffenen Patienten und ihre gesetzlichen Vertreter. In enger Verbindung damit steht der zweite Schwerpunkt der israelischen Sterbehilfedebatte, die Rolle des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. In Israel herrschen verschiedene Standpunkte darüber, welcher Umfang der Autonomie des Patienten zugebilligt werden sollte. Dies wird allerdings nicht nur im Zusammenhang mit Sterbehilfe sondern auch für Therapieentscheidungen im Allgemeinen diskutiert. Eine Debatte über die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe findet in Israel nicht statt; weder das Verbot der aktiven Sterbehilfe noch des ärztlich-assistierten Suizids werden in Frage gestellt. Dies beruht größtenteils auf dem großen Einfluss jüdisch-orthodoxer Normen in Israel, die beide Sterbehilfeformen eindeutig verbieten (siehe Kapitel 4.2.2). Auch die Angst vor Missbrauch der aktiven Sterbehilfe spielt dabei eine Rolle (Gross und Ravitsky 2003).

Die Bewertung der passiven Sterbehilfe wird in Israel davon bestimmt, dass im Gegensatz zu den Gepflogenheiten der westlichen Bioethik eine Unterscheidung in der moralischen Einschätzung von Handeln und Unterlassen getroffen wird (Ravitsky 2006). Dies wird mit Bezug auf die Halacha begründet. Diese Beurteilung führt entsprechend zu einer unterschiedlichen Bewertung von Therapieabbruch und Therapieverzicht (Ravitsky 2006). Durch die Unterlassung einer Therapiemaßnahme wird dem natürlichen Sterbeprozess sein Lauf gelassen. Der Therapieabbruch hingegen beinhaltet eine aktive Hand-

lung, durch die das „heilige Leben“ verkürzt wird. Daher ist das Abstellen eines Beatmungsgeräts, was den Tod des Betroffenen zu Folge hat, gegen die Regeln der Halacha. Der Therapieabbruch wird auf eine Stufe mit der aktiven Sterbehilfe gestellt und beides moralisch verurteilt (siehe Kapitel 4.2.2). Diese Bewertung des Therapieabbruchs hat zur Folge, dass, wenn ein Patient einmal mit einer Behandlung begonnen hat, diese nicht mehr beendet werden kann, auch wenn es seinem Willen entspricht. Diese Sichtweise führt bei zahlreichen israelischen Bioethikern zu großer Empörung. Zentraler Punkt ihrer Kritik ist das völlige Ignorieren des Patientenwillens als Faktor bei Therapieentscheidungen und die fehlende Achtung des Selbstbestimmungsrechts (Barilan 2003a). Ebenso beklagen sie, die daraus folgende große Verunsicherung für betroffene Patienten und Angehörige. Die aktive Beendigung von Therapien, besonders von kontinuierlich verabreichten Therapien, bildet den Kern des moralischen Problems in der israelischen Debatte um Sterbehilfe und stellt den Punkt größter Uneinigkeit säkular und religiös orientierter Ethiker dar. Zur Lösung des Konflikts wurde ein Kompromiss eingegangen, der ursprünglich auf ein Konzept von Rabbi Waldenberg zurückgeht (Benzenhöfer und Steuer 2010). Beatmungsgeräte können mit Zeitschaltuhren versehen werden, die alle 24 Stunden neu gestartet werden müssen. Die näheren Umstände, die dazu führen, werden nicht spezifiziert. Wird das Aufziehen der Uhr unterlassen, schaltet sich das Gerät nach Ablauf eines Tages automatisch ab. Durch diesen „Trick“ wird eine kontinuierliche in eine diskontinuierliche Behandlung umgewandelt und nach der Gesetzesänderung von 2005 kann auf Wunsch des Patienten eine Beendigung der Therapie erfolgen.

Diese Lösung zeigt viele Charakteristika israelischer Bioethik. Es wird versucht einen Kompromiss zwischen jüdischen und liberalen Werten zu finden, einen Kompromiss zwischen der Heiligkeit des Lebens und der Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Dies geschieht auf außerordentlich pragmatische Weise. Diese Art von technischem Behelf zur Lösung moralischer Fragen ist in Israel nichts Neues. Schon in der Halacha wird von ähnlichen Tricks berichtet und gerade Zeitschaltuhren finden zur Einhaltung der Sabbatruhe in Israel breiten Einsatz (Schickanz et al. 2010a). Es erfolgte eine breite und kritische Reaktion israelischer Medizinethiker auf den Bericht der Steinberg-Kommission. Im Zentrum der Aufmerksamkeit stand dabei die Einführung von Zeitschaltuhren an Beatmungsgeräten. Diese Maßnahme wurde einerseits anerkannt als ein bemerkenswertes Mittel, traditionell-religiöse und liberale Werte in Israel zu vereinbaren (Shapira 2006). Andererseits erfolgte auch heftige Kritik an diesem Konzept. Es wurde beanstandet, dass mit den Zeitschaltuhren zwar eine pragmatische Lösung gefunden wurde. Die eigentliche Konfrontation und Bearbeitung des moralischen Problems werde aber verdeckt und vermieden (Ravitsky 2006). Barilan spricht hier von „ethics by trickery“

(Barilan 2003b,S.155). In diesem Zusammenhang wird kritisiert, dass die Verantwortung und die persönliche Belastung, der medizinisches Personal im Berufsalltag durch die Begegnung mit dem Tod ausgesetzt ist, vom Menschen auf eine Maschine übertragen werden (Barilan 2003a). Die Gefahr von Missbrauch oder technischen Unfällen wird als bedenklich eingeschätzt. Die Kritik am Konzept von Zeitschaltuhren konzentriert sich des Weiteren auf die psychische Belastung für Patienten und Angehörige, die durch die Vorstellung vom Leben an der „tickenden Uhr“ entstehen kann. Gleichzeitig werden aber auch positive Seiten des Einsatzes von Maschinen diskutiert. Sie können prinzipiell Patienten die Möglichkeit bieten, selbstbestimmter über sich zu entscheiden (Barilan 2004).

Wie in der Debatte um den Therapieabbruch klar wird, ist in Israel die Anerkennung des Patientenwillens bei Therapieentscheidungen am Lebensende keine Selbstverständlichkeit. Noch in der Patients' Bill of Rights aus dem Jahre 1996 wurde die Möglichkeit der Zwangsbehandlung gegen den Willen des Patienten in lebensbedrohlichen Situationen gesetzlich festgeschrieben. Dem Gesetz nach ging man von der Annahme aus, dass der Patient der Behandlung im Nachhinein zustimmen würde (Glick 1997). Diese Missachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten wurde von vielen Seiten kritisiert (Shalev 2009). Tatsächlich ist im Dying Patient Act von 2005 die Möglichkeit der Zwangsbehandlung von sterbenden Patienten nicht mehr vorgesehen. Der Patient soll zwar explizit überredet werden, Therapien zu akzeptieren. Die Ablehnung einer Behandlung, auch wenn diese lebenserhaltend ist, wird jedoch weitgehend akzeptiert (siehe Kapitel 4.2.1).

Bei der Analyse jüdischer Medizinethik als Ganzes lassen sich zentrale Prinzipien ausmachen. Es handelt sich dabei um Fürsorge, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit, Autonomie und Lebensschutz. Diese Prinzipien ähneln denen, die auch der westlichen Medizinethik zugrunde liegen (Wiesemann et al. 2005). Ein großer Unterschied jedoch besteht in der Rangfolge dieser Prinzipien. Der Lebensschutz bzw. die Heiligkeit des Lebens hat in Israel Priorität. Die Patientenautonomie hingegen stellt nur einen Wert unter anderen dar (Wietchner 1998). Auf diesen Punkt konzentriert sich, wie man anhand der Darlegung sehen konnte, die gesamte israelische Debatte um Fragen bezüglich des Lebensendes.

Wie aus diesem Überblick über die Debatten um Sterbehilfe in Deutschland und Israel und den dabei relevanten ethischen Argumenten deutlich geworden ist, finden sich bemerkenswerte Unterschiede in der Bewertung. In beiden Ländern geht es um ein Ausloten des Verhältnisses von Patientenselbstbestimmung und Lebensschutz. Die Schlussfolgerungen, die daraus gezogen werden, stimmen jedoch nicht überein. In Deutschland erfährt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten generell größeren Stellenwert als in Israel. Durch diese Unterschiede ist ein Vergleich der Länder unter Einbeziehung des

kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrunds vielversprechend und sinnvoll. Er eröffnet die Möglichkeit, besser zu verstehen, ob sich die Charakteristika in der deutschen und israelischen Betrachtungsweise der Fragen bezüglich des Lebensendes mit kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren in beiden Ländern in Verbindung bringen lassen. Vor diesem Hintergrund bietet die folgende Analyse der Ergebnisse der empirischen Studien die Möglichkeit, zum einen zu untersuchen, inwiefern sich die Spannungsfelder in den theoretisch gewichteten Debatten mit der Sichtweise und den Einstellungen der betroffenen Akteure, dem medizinischen Fachpersonal und der Bevölkerung, decken und zum anderen dem Einfluss des kulturellen und gesellschaftlichen Kontextes darauf nachzugehen.

6. Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse aus der Zusammenschau der Daten der Studien aus beiden Ländern mittels qualitativen Literaturvergleichs dargestellt.

Dabei orientiert sich die Gliederung nach Themen, die Länderbetrachtungen ordnen sich unter. Es werden fünf Themenfelder untersucht. Für jedes einzelne werden zuerst die deutschen, dann die israelischen Studienergebnisse beschrieben. Anschließend folgt ein Vergleich von beiden. Kapitel 6.1 befasst sich mit der Einstellung der Ärzte zu illegalen Formen der Sterbehilfe, Kapitel 6.2 mit der Einstellung zu legalen Formen der Sterbehilfe. Diese Einteilung wird aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen und ethischen Bewertungen von aktiver und passiver Sterbehilfe in Deutschland und Israel gewählt. In Deutschland ist die aktive Sterbehilfe illegal, die passive Sterbehilfe legal. In Israel dagegen ist nur Therapieverzicht legal, Therapieabbrüche sowie aktive Sterbehilfe sind illegal. Diese Regelung wurde zwar durch den Dying Patient Act von 2005, durch den auch der Abbruch bestimmter Therapieformen legalisiert wurde, relativiert (siehe Kapitel 4.2.1). Da aber aus Israel keine Datenerfassungen nach 2005, also unter den veränderten gesetzlichen Bedingungen, vorliegen, wird für die Auswertung der Studien das alte Schema beibehalten. In Unterkapitel 6.3 werden die Studienergebnisse, welche sich mit der Einstellung der Bevölkerung zu Sterbehilfe beschäftigen, dargestellt. Dieser Abschnitt wurde nicht wie der über das medizinische Fachpersonal in Einstellung zu legalen und illegalen Formen der Sterbehilfe unterteilt, sondern beides wird in einem Kapitel behandelt. Die zum Teil lückenhafte Datenlage aufgrund einer zu geringen Anzahl an

Studien rechtfertigt eine Unterteilung in zwei Kapitel meiner Ansicht nach nicht. In Unterkapitel 6.4 wird die Einstellung zur Selbstbestimmung des Patienten in Deutschland und Israel, wie sie sich anhand der Studienergebnisse darstellt, präsentiert. Der Einfluss, welchen die Religion auf die Einstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes hat, wird in Kapitel 6.5 beleuchtet.

6.1 Einstellung der Ärzte zu illegalen Formen der Sterbehilfe

6.1.1 In Deutschland

Relevante Studien:

- Dormberg M (1997)
- Kirschener R und Elkeles T (1998)
- Wehkamp K-H (1998)
- Csef H und Heindl B (1998)
- Sprung C L, Cohen L S, Sjøkvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D et al. (2003)
- Borasio G D, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H und Zierz S (2004)
- Müller-Busch H C, Odoncu F S, Woskanjan S und Klaschik E (2004)
- Harfst A. (2004).
- Allensbach (2010)
- Schildmann J, Hötzel J, Müller-Busch H C und Vollmann J (2010)

Die Studienlage zur Einstellung deutscher Ärzte gegenüber aktiver Sterbehilfe deckt die Jahre von 1994 bis 2010 ab. In dieser Zeit wurden 9 Studien durchgeführt, welche explizit nach Einstellungen zu aktiver Sterbehilfe und der Bereitschaft, diese durchzuführen, fragen.

1994 wurden von Dormberg im Rahmen seiner Dissertation 62 internistische Klinikärzte zu ihrer Einstellung gegenüber Sterbehilfe befragt. Die Datenerhebung erfolgte mittels offener Fragen und Fallbeispielen. Daraus resultiert, dass 0% der befragten Ärzte bereit wären, bei einem terminal erkrankten Patienten auf dessen Bitte hin aktive Sterbehilfe durchzuführen (Dormberg 1997).

1996 wurden 473 Ärzten (Rücklauf: 73%) im Rahmen einer Studie von Kirschener und Elkeles mittels eines Fragebogens zu ihrer Einstellung zu Sterbehilfe befragt. Dabei wurden sowohl Ärzte, die in der Klinik tätig sind, als auch niedergelassene Ärzte eingeschlossen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass 1% der Klinikärzte und 8%

der niedergelassenen Ärzte angeben, aktive Sterbehilfe durchgeführt zu haben (Kirschener und Elkeles 1998). Inwieweit diese Zahlen der Realität nahekommen, ist allerdings nur zu vermuten, da nach deutschem Recht die aktive Sterbehilfe illegal ist. Daher ist anzunehmen, dass sich manche Befragte gescheut haben, sich zur Durchführung zu bekennen trotz eines anonymisierten Fragebogens (Kirschener und Elkeles 1998). Folglich vermuten die Autoren, dass die eigentliche Zahl von Ärzten, die aktive Sterbehilfe durchgeführt haben, höher liegt. 56% der Probanden geben an, Verständnis für den Wunsch eines terminal erkrankten Patienten nach aktiver Sterbehilfe zu haben.

Ein sehr ähnliches Bild liefert die zwei Jahre später 1998 durchgeführte und im Aufbau fast identische Studie von Wehkamp. 466 Klinikärzte und niedergelassene Allgemeinärzte (Rücklauf: 73%) wurden befragt (Wehkamp 1998). 1% der Klinikärzte und 8% der niedergelassenen Allgemeinärzte geben an, schon einmal aktive Sterbehilfe durchgeführt zu haben. Hierbei handelt es sich um die gleichen Raten, welche in der Studie von Kirschner und Elkeles zwei Jahre zuvor 1996 ermittelt worden sind, für die allerdings auch die gleichen Einschränkungen gelten. Weiter stellte Wehkamp fest, dass 62% der befragten Ärzte, den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe von Seiten ihrer Patienten offen abgelehnt haben. Dabei haben jedoch 90% Verständnis für den Wunsch ihrer Patienten empfunden.

Csef führte 1998 ebenfalls eine Studie zur Untersuchung der Einstellung deutscher Ärzte zu Sterbehilfe durch. Insgesamt 93 Ärzte aus dem Kreisverband Würzburg (Rücklauf 62%) wurden in halbstandardisierten Interviews befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass 3,2% der befragten Ärzte bei einem sterbenskranken Patienten aktive Sterbehilfe durchführen würden (Csef und Heindl 1998). 5,4% der Probanden erklärten sich zur Durchführung von aktiver Sterbehilfe bereit für den Fall, dass sie den Patienten gut kennen. Bei einem nicht-sterbenskranken Patienten wurde die aktive Sterbehilfe klar abgelehnt: 0% wären zur Durchführung bereit. Diese Studie arbeitete nicht mit Fallvignetten, es wurde kein Fallbeispiel für einen sterbenskranken Patienten gegeben.

Bis 2000 ist die Bereitschaft zur Durchführung von aktiver Sterbehilfe gestiegen (Borasio et al. 2004). 152 Ärzte (Rücklauf: 37%) wurden anhand von zwei Fallvignetten nach ihrer Einstellung zu Sterbehilfe befragt. 5% der Befragten würden aktive Sterbehilfe bei einem terminal Erkrankten durchführen. Im Falle einer Legalisierung von aktiver Sterbehilfe wäre die Bereitschaft bei weitem größer: 16% wären unter diesen Voraussetzungen zur Durchführung bereit. Bei recht kleiner Probandenzahl ist auch der Rücklauf dieser Studie sehr gering. Die Generalisierbarkeit und Repräsentativität der Studienergebnisse sind

daher in Frage zu stellen. Bei der Zusammenschau der Ergebnisse im Lauf der Zeit lässt sich jedoch feststellen, dass die Resultate durchaus ins Gesamtbild passen.

Müller-Busch führte 2002 eine Studie zur Einstellung von Ärzten zu aktiver Sterbehilfe und ärztlich-assistiertem Suizid durch (Müller-Busch et al. 2004). Es wurden 251 Ärzte (Rücklauf: 61%), die alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sind, mittels Fallvignetten befragt. Es handelt sich also um eine selektierte Klientel. Dabei lehnten 90,4% der befragten Ärzte eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ab.

Im Jahre 2004 führte Harfst eine empirische Untersuchung an 233 Allgemeinärzten (Rücklauf: 48,5%) durch (Harfst 2004). Anhand von Fallvignetten und Einzelfragen wurde die Einstellung von Allgemeinärzten zu Sterbehilfe erfasst. Dabei lässt sich feststellen, dass die Bereitschaft, aktive Sterbehilfe zu leisten, im Vergleich zu den Voruntersuchungen weiter angestiegen ist: Im Falle einer Legalisierung von aktiver Sterbehilfe wären 18,7% der befragten Ärzte bereit, sie auf Wunsch eines terminal erkrankten Patienten durchzuführen.

Die jüngste Untersuchung zur Einstellung von deutschen Ärzten zu aktiver Sterbehilfe ist aus dem Jahr 2010. Diese Befragung wurde durch das Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt. Telefonisch wurden 527 Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte (Rücklauf: 100%) befragt. 37% gaben an, dass sie bereit wären, dem Wunsch eines Patienten nach aktiver Sterbehilfe im Falle einer „eindeutig hoffnungslosen Prognose“ nachzukommen (Institut für Demoskopie Allensbach 2010). 70% der befragten Ärzte gaben an, den Wunsch eines terminal erkrankten Patienten nach aktiver Sterbehilfe verstehen zu können.

Zwischen 1994 und 2010 kann man insgesamt einen Trend erkennen hin zu einer größeren Bereitschaft der Ärzte, der Bitte eines Patienten nach aktiver Sterbehilfe nachzukommen. Wie aus den Studienergebnissen zu schließen ist, hat der rechtliche Status der aktiven Sterbehilfe dabei einen großen Einfluss auf die Bereitschaft der Ärzte diese durchzuführen. Bei Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wäre eine größere Anzahl der befragten Ärzte bereit sie durchzuführen. Bei der Akzeptanz des Wunsches von schwerkranken Patienten nach aktiver Sterbehilfe seitens der Ärzte lassen die Studienergebnisse keinen Trend erkennen. Gleichbleibend zwischen 56-70% der in den vorgestellten Studien befragten Ärzte hatten Verständnis für den Wunsch ihrer Patienten nach aktiver Sterbehilfe.

Die vorgestellten Studien beleuchten die Einstellung der deutschen Ärzte zu Sterbehilfe näher, geben aber kaum Auskunft über das Verhalten der Ärzte, also in welchem Rah-

men aktive Sterbehilfe tatsächlich durchgeführt wird. Leider ist die Datenlage für Deutschland in diesem Fall sehr schlecht (Beck et al. 2008). Es gibt nur eine neuere Untersuchung zur tatsächlichen Anwendung von aktiver Sterbehilfe. 2010 wurden 901 Ärzte (Rücklauf: 55,8%) mittels eines Fragebogens zu ihren Behandlungsmaßnahmen am Lebensende befragt (Schildmann et al. 2010). Es handelt sich ausschließlich um Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. 1,2% der befragten Ärzte gaben an, schon einmal aktive Sterbehilfe durchgeführt zu haben, 0,3% davon ohne den erklärten Wunsch des Patienten. Des Weiteren ist eine Abschätzung der Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe in Deutschland durch die Ethicusstudie möglich. In der Ethicus-Studie wurden 17 europäische Länder in Bezug auf ihren Umgang mit Therapieentscheidungen am Lebensende verglichen (Sprung et al. 2003). Dazu wurden retrospektiv die Therapieentscheidungen an Patienten, die im Zeitraum von anderthalb Jahren auf den in die Studie eingeschlossenen Intensivstationen verstorben sind, analysiert. Die Studie liefert so ein umfassendes Bild vom Umgang mit Entscheidungen am Lebensende in Europa. Sie wird im Folgenden nochmals näher erläutert werden. Deutschland wird gemeinsam mit anderen mitteleuropäischen Ländern betrachtet: Österreich, Belgien, der Tschechischen Republik und der Schweiz. In dieser Ländergruppe wurde bei 6,5% der Patienten, welche im untersuchten Zeitraum von anderthalb Jahren auf an die Studie angeschlossenen Intensivstationen verstorben sind, aktive Sterbehilfe durchgeführt. Leider lässt sich nicht sagen, wie viele dieser Fälle nur in Deutschland dokumentiert wurden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Studienlage insgesamt kaum Rückschlüsse darüber zulässt, inwieweit aktive Sterbehilfe in Deutschland durchgeführt wird.

6.1.2 In Israel

Relevante Studien:

- Eidelman L A, Johnson T A, Pizov R, Geber D, L L und Sprung C L (1998)
- Jakobson D J, Eidelman L A, Worner T M, Oppenheim A E, Pizov R und Sprung C L (2004)
- Ganz F D, Benbenishty J, Hersch M, Fischer A, Gurman G und Sprung C L (2006)
- Sprung C L, Cohen L S, Sjkovist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D et al. (2003)
- Wenger N S und Carmel S (2004)
- Soundry E, Sprung C L, Levin P D, Grunfeld G B und Einav S (2003)

- Sprung C L, Carmel S, Baras M, Cohen A, Maia P, Beishuizen A, Nalos D, Novak I, Svantesson M et al. (2007)
- Musgrave C F, Margalith I und Goldsmidt L (2001)
- Davis A J, Davidson B, Hirschfield M, Lauri S, Lin J Y, Norberg A, Phillips L, Pitman E, Shen C H, R v d Laan et al. (1993)

Aus Israel liegen 9 Studien vor, welche die Einstellung und das Verhalten von Ärzten und Pflegeern in Bezug auf aktive Sterbehilfe und Therapieabbrüche untersuchen. Sie umfassen den Zeitraum von 1993-2007. Durch die Studienlage wird größtenteils das Verhalten israelischer Ärzte und Pfleger im Umgang mit Patienten am Lebensende, die sich in intensivmedizinischer Betreuung befinden, dokumentiert.

3 Studien von Eidelmann et al., Jakobson et al. und Ganz et al., welche zwischen 1995 und 2006 auf israelischen Intensivstationen durchgeführt wurden, zeigen den Umgang mit Patienten in Bezug auf Therapiemaßnahmen am Lebensende. Dabei zeichnet sich ein recht homogenes Bild ab. In all diesen Studien wurde keine direkte Befragung von Ärzten durchgeführt. Die Datenerhebung kommt durch die Analyse der Fälle von Patienten, die im Lauf eines Jahres auf israelischen Intensivstationen waren und dort eine Therapiebegrenzung erhalten haben oder gestorben sind, zustande. Anhand dieser Fälle werden die dokumentierten Therapieentscheidungen der Ärzte rekonstruiert und in den Studien retrospektiv analysiert. Durch diese Art der Vorgehensweise, die eine direkte Befragung der Ärzte nicht miteinschließt, wird eine Verfälschung der Ergebnisse durch Falschangaben von Befragten zum Beispiel im Bezug auf die Häufigkeit der Durchführung der aktiven Sterbehilfe im Grunde ausgeschlossen. Die Zahl der untersuchten Fälle liegt bei 57 (Eidelmann et al.) bzw. 77 Patienten (Jakobson et al.). Ganz sammelte Patientenfälle im Lauf von anderthalb Jahren und untersucht im Endeffekt den Therapieverlauf von 363 Patienten (Ganz et al. 2006).

Ein Abbruch von Therapiemaßnahmen ist nur vereinzelt durchgeführt worden. Die Studie von Jakobson von 2004 dokumentiert keinen einzigen Fall von Therapieabbruch. Die Studie von Ganz von 2006 zeigt, dass es bei 5% der Patienten im untersuchten Zeitraum zu einem Therapieabbruch gekommen ist. In der Eidelmann-Studie wird der Therapieabbruch für 9% der Patienten beschrieben. Bei dieser Studie sind in diese Kategorie ebenfalls Patienten eingeschlossen worden, die zuvor für hirntod erklärt worden waren. Nach westlicher Auffassung gelten diese Patienten als tot. Im jüdischen Kontext ist das Hirntod-Kriterium als Todesdefinition jedoch umstritten. Einige bedeutsame Rabbis und halachische Experten erkennen es an. Andere akzeptieren nur den Herzstillstand als Todeskriterium (Bülow et al. 2008). Es scheint nach westlichem Verständnis daher wenig sinnvoll, die Beendigung therapeutischer Maßnahmen bei Patienten, die für Tod erklärt

worden sind, als Therapieabbruch zu werten. Die Zahl der Patienten, welche nach dieser Studie einen Therapieabbruch im eigentlichen Sinne hatten, liegt also niedriger. Sowohl in der Studie von Eidelmann von 1998 als auch in der Studie von Ganz von 2006 kam es ausschließlich zum Therapieabbruch, wenn der Patient auf die entsprechende Therapie nicht angesprochen hatte. Nie kam es jedoch zum Abbruch von mechanischer Beatmung, künstlicher Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung oder Antibiotikagabe.

Die Zahl der Patienten, die einen Therapieabbruch hatten, ist, wie aus den Studienergebnissen hervorgeht, sehr gering. Fälle von aktiver Sterbehilfe wurden in keiner der drei Studien verzeichnet. Darüber hinaus zeigt sich keine Veränderung des Therapieverhaltens in Bezug auf Therapieabbruch und aktive Sterbehilfe im Lauf der Zeit. Der von den Studien dokumentierte Zeitraum von 1995 bis 2006 zeigt eine konstant niedrige Anwendung von Therapieabbrüchen und aktiver Sterbehilfe als therapeutische Maßnahmen. Zudem fällt auf, dass es nie zum Abbruch von Maßnahmen gekommen ist, die den Patienten direkt am Leben erhalten wie beispielsweise die mechanische Beatmung. Das Absetzen von Medikamenten, auf die der Patient nicht angesprochen hat, die folglich nicht als lebenserhaltende Maßnahme einzuordnen sind, ist nach der Definition des Therapieabbruchs im Dying Patient Act (siehe Kapitel 2.2) nur bedingt als Therapieabbruch zu werten.

Die vorgestellten Ergebnisse bestätigt die 2000 durchgeführte Ethicus-Studie. (Sprung et al. 2003, Sprung et al. 2007b). Sie vergleicht den Umgang mit Patienten am Lebensende auf Intensivstationen in 17 europäischen Ländern. Insgesamt wurden die Fälle von 4248 Patienten, die im Lauf von anderthalb Jahren auf einer Intensivstation in den beteiligten Ländern behandelt wurden und dort eine Therapiebegrenzung erhalten haben oder verstorben sind, ausgewertet. Israel wird in dieser Studie nicht gesondert betrachtet, sondern gemeinsam mit anderen, an der Studie teilnehmenden, südeuropäischen Ländern. In der Gruppe der südeuropäischen Länder wird kein einziger Fall von aktiver Sterbehilfe verzeichnet. Dagegen kam es in 17% der Fälle zu einem Therapieabbruch. Die Rate liegt damit wesentlich niedriger als im Rest von Europa: In Mitteleuropa wurde ein Therapieabbruch in 33,8% der Fälle, in Nordeuropa in 47,4% der Fälle durchgeführt (Sprung et al. 2003). Es ist leider nicht möglich, die Zahl der ausschließlich in Israel durchgeführten Therapieabbrüche festzustellen. Betrachtet man die Religionszugehörigkeit des behandelnden Arztes, kam es bei 15,7% der Patienten, die von einem jüdischen Arzt betreut wurden, zum Therapieabbruch (Sprung et al. 2003). Im Vergleich zu Ärzten anderer Konfessionen liegt diese Rate wesentlich niedriger. Bei der Interpretation dieser Zahl ist zusätzlich allerdings die Landeszugehörigkeit des Arztes zu beachten: jüdische Ärzte in

Schweden führen häufiger einen Therapieabbruch durch (36%) als in Israel praktizierende jüdische Ärzte (6%) (Sprung et al. 2007b).

Zwei israelische Studien untersuchen nicht das konkrete Verhalten der Ärzte bei Patienten am Lebensende sondern deren Einstellung zu Sterbehilfe (Soundry et al. 2003, Wenger und Carmel 2004). In diesen Studien zeichnet sich ein teilweise anderes Bild als in den bisher vorgestellten Untersuchungen ab. Soundry befragte 43 Ärzte, die Mitglieder in der Israel Society of Critical Care Medicine sind. Die Zahl der befragten Ärzte ist sehr gering. Der Rücklauf betrug 45%. 93% der Befragten gaben an, Therapiebegrenzungen in Form eines Therapieverzichts durchgeführt zu haben (Soundry et al. 2003). Diese Tendenz entspricht den Ergebnissen der bisher betrachteten Studien. Soundry kommt darüber hinaus zu dem Resultat, dass 86% der Ärzte Therapieabbrüche durchführen. Diese Zahl erscheint im Vergleich zu den obengenannten Untersuchungen, wo zum Teil über keinen einzigen Fall von Therapieabbruch auf israelischen Intensivstationen im Lauf eines Jahres berichtet wurde (Jakobson et al. 2004), überraschen hoch. Ähnlich unerwartet fallen die Aussagen zur Bewertung von Therapieverzicht und Therapieabbruch aus: 35% der befragten Ärzte sehen beide als gleichwertig an, 46% geben an, kein Problem sowohl mit dem Therapieabbruch als auch mit dem Therapieverzicht zu haben (Soundry et al. 2003). Für nur 28% der Probanden stellte der Therapieabbruch als Therapiemaßnahme ein größeres Problem als der Therapieverzicht dar (Soundry et al. 2003).

Diese Daten erscheinen wenig vereinbar mit den bisher vorgestellten Studienergebnissen. Bei näherer Betrachtung des Studiendesigns der Studie von Soundry fällt auf, dass zum einen die Probandenzahl mit 43 (Rücklauf: 45%) sehr gering ist. Darüber hinaus wurden nur Mitglieder der Israeli Society of Critical Care Medicine befragt. Es handelt sich also um eine selektierte und zudem sehr kleine Stichprobe. Die Generalisierbarkeit der getroffenen Aussagen ist daher in Frage zu stellen. Ein zweiter wichtiger Unterschied zwischen der Studie von Soundry und den anfangs besprochenen Studien liegt in der Fragestellung: Soundry untersuchte die Einstellung der Ärzte anhand eines theoretischen Fragebogens, wogegen die oben beschriebenen Studien die durchgeführte Klinikarbeit auswerten.

So zeigt auch die Studie von Wenger und Carmel aus dem Jahr 2004 ein weniger ablehnendes Bild in Bezug auf die aktive Sterbehilfe und Therapieabbrüche. In dieser Studie wurden 443 Klinikärzte (Rücklauf: 72%) anhand einer Fallvignette und eines Fragebogens zu ihrer Einstellung gegenüber aktiver Sterbehilfe und Therapieabbrüchen befragt (Wenger und Carmel 2004). 38,8% der befragten Ärzte können sich Situationen

vorstellen, in denen eine laufende Behandlung ausgesetzt werden sollte (Wenger und Carmel 2004). 44% der Probanden sind der Meinung, dass vom Prinzip her ein Arzt bei Anfrage des Patienten aktive Sterbehilfe durchführen sollte: „In principle, should a physician perform euthanasia if the patient requests it?“ (Wenger und Carmel 2004, S.339).

Sprung et al. führten 2005 eine große empirische Untersuchung zur Einstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes durch. Dafür wurden 1899 Ärzte, Pfleger, Patienten und Angehörige dieser Patienten (Rücklauf: 43%) aus sieben Ländern darunter Israel befragt. Mittels eines Fragebogens wurden Präferenzen bei Therapien am Lebensende und die Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe erfragt (Sprung et al. 2007a). Die Ergebnisse zeigen, dass sich 34% der befragten Ärzte und 41% der befragten Pfleger im Falle einer eigenen terminalen Erkrankung, für sich selbst aktive Sterbehilfe wünschen würden. Leider werden auch in dieser Studie die Ergebnisse nicht nach Ländern entschlüsselt wiedergegeben. Daher lässt sich nicht feststellen, wie die Wünsche der israelischen Ärzte und Krankenpfleger aussehen.

Eine weitere israelische Studie befasst sich mit der Einstellung israelischer Krankenpfleger zu aktiver Sterbehilfe. Sie wurde 1993 von Davis et al. an 319 Krankenpflegern aus 7 Ländern einschließlich Israel durchgeführt (Davis et al. 1993). In dieser Studie würden 17% der befragten Krankenpfleger die aktive Sterbehilfe unter allen Umständen rechtfertigen. Von diesen stammt der Großteil aus Israel. Diese Ergebnisse stimmen nicht mit der sonst so ablehnenden Haltung Israels zu aktiver Sterbehilfe überein. Die Autoren räumen angesichts dieser Ergebnisse ein, dass es aufgrund einer fehlenden Definition von aktiver Sterbehilfe im Fragebogen zu Unklarheiten gekommen sei. Einige der befragten Krankenpfleger hätten wohl aktive Sterbehilfe mit passiver Sterbehilfe verwechselt, „because the consequence of both actions is the patient’s death.“ (Davis et al. 1993, S.307). In ergänzenden Interviews stellten die Autoren fest, dass viele der israelischen Krankenschwestern, davon ausgingen, die Fragen würde sich auf Schmerzbehandlung im Sinne einer indirekten Sterbehilfe beziehen und sie daher zugestimmt haben.

Eine einzige Studie aus Israel beschäftigt sich mit der Einstellung zu ärztlich-assistiertem Suizid. Sie wurde 2001 von Musgrave et al. durchgeführt. Studienteilnehmer waren 123 israelische Krankenschwestern (Musgrave et al. 2001). Der Rücklauf ist leider unbekannt, da die Zahl der ursprünglich versandten Fragebögen verloren gegangen ist. Anhand von 4 Fallvignetten mussten die Krankenschwestern angeben, ob sie einen ärztlich-assistierten Suizid befürworten würden und ob sie bereit wären, bei der Durchführung anwesend zu sein. Zwischen 50 und 70% der befragten Schwestern würden bei einem leidenden Patienten einen ärztlich-assistierten Suizid befürworten. Allerdings wä-

ren nur 14% bereit, dabei auch anwesend zu sein. Auch in dieser Studie wird, wie bereits festgestellt, deutlich, dass offenbar ein großer Unterschied zwischen der Einstellung der Befragten und ihrem konkreten Verhalten besteht. Denn auch wenn eine große Zahl der hier befragten Krankenschwestern den ärztlich-assistierten Suizid befürwortet, wird er in Israel der Studienlage nach nicht durchgeführt. Ein Grund für die größere Zurückhaltung bei der Ausführung ist sicherlich, dass es sich beim ärztlich-assistierten Suizid in Israel um eine Straftat handelt.

Die Ergebnisse der Studien, die Verhalten und Einstellungen von medizinischem Fachpersonal aus Israel in Bezug auf illegale Sterbehilfeformen untersuchen, zeigen einen deutlichen Unterschied zwischen der Meinung der Befragten bezüglich aktiver Sterbehilfe und Therapieabbrüchen und ihrem Umgang damit in klinischen Situationen, wie er sich aus Patientenfällen rekonstruieren lässt. Ein Punkt spielt dabei sicher eine Rolle. Sowohl bei der aktiven Sterbehilfe als auch beim Therapieabbruch handelt es sich um in Israel illegale Verfahren. Daher ist zu vermuten, dass seitens der Befragten die Tendenz besteht, dass sie, selbst wenn eine der beiden Sterbehilfeformen durchgeführt wurde, dies nicht angeben. Dadurch könnten falsch niedrige Ergebnisse entstehen. Leider lässt die Studienlage eine ausführlichere Analyse der Diskrepanz, welche sich anhand der Studienergebnisse zwischen Verhalten und Einstellung des medizinischen Fachpersonals in Israel feststellen lässt, bisher nicht zu, da außer den erwähnten Untersuchungen keine breit angelegten, repräsentativen Studien zur Haltung des israelischen medizinischen Fachpersonals in Bezug auf illegale Sterbehilfeformen existieren. Neue empirische Erhebungen wären hier wünschenswert.

6.1.3 Vergleich der Einstellungen der Ärzte zu illegalen Formen der Sterbehilfe

Beim Vergleich der Studienergebnisse zu Einstellung und Verhaltensweise von Ärzten und Pflegekräften in Deutschland und Israel in Bezug auf illegale Sterbehilfeformen fällt auf, dass in Israel vorwiegend Studien durchgeführt worden sind, welche die bestehende Praxis für aktive Sterbehilfe und Therapieabbrüche untersuchen. In Deutschland hingegen liegen hauptsächlich Untersuchungen zur Einstellung der Ärzte gegenüber aktiver Sterbehilfe sowie zu hypothetischen Einschätzungen, wie sie sich im Falle eines Patientenwunsches nach aktiver Sterbehilfe verhalten würden, vor. In Israel zeigen die wenigen Studien, die sich in ihrer Untersuchung der theoretischen Einstellung von medizini-

schem Fachpersonal zu aktiver Sterbehilfe und Therapieabbrüchen widmen, dass wesentlich mehr israelische Ärzte und Krankenpfleger bereit wären, diese durchzuführen, als es in der Realität vorkommt. Es zeigt sich also ein Unterschied zwischen persönlicher Einstellung und konkretem Verhalten. Für Deutschland lässt sich eine ähnliche Aussage nur bedingt treffen, da keine zeitnahen Untersuchungen zur Häufigkeit der Durchführung aktiver Sterbehilfe in Deutschland vorliegen. Die Zahlen der Ethicusstudie können leider nur eine Annäherung darstellen. Sowohl in Deutschland als auch in Israel ist die aktive Sterbehilfe gesetzlich verboten und wird von den jeweiligen Berufsverbänden abgelehnt. Daher ist es auch für Deutschland naheliegend, dass die Rate an Fällen, in denen aktive Sterbehilfe durchgeführt wurde, unter der theoretischen Bereitschaft, diese durchzuführen liegt. Hier lässt sich also eine Gemeinsamkeit bei der Einstellung der Ärzte beider Länder feststellen. Es zeigt sich sowohl in Deutschland als auch in Israel die Tendenz, dass Ärzte in höherem Maße bereit wären, illegale Sterbehilfeformen durchzuführen, als dass tatsächliche Fälle von aktiver Sterbehilfe bzw. Therapieabbrüchen dokumentiert sind. Dabei muss außerdem bedacht werden, dass die Zahl der tatsächlich durchgeführten Fälle von illegalen Sterbehilfeformen vermutlich höher liegt als in den empirischen Untersuchungen erhoben wurde, da eine geringere Bereitschaft, die Durchführung illegaler Handlungen selbst in anonymisierten Studien anzugeben, besteht.

Für Deutschland lässt sich im Untersuchungszeitraum von 1994-2010 eine Veränderung der Einstellung zu aktiver Sterbehilfe im Sinne eines Trends zur höheren Zustimmung der Ärzte zu aktiver Sterbehilfe und einer größeren Bereitschaft, diese durchzuführen, beobachten. Aus den israelischen Untersuchungen lässt sich keine solche Dynamik ableiten. Eine Ursache ist darin zu sehen, dass die aktive Sterbehilfe im gesellschaftlichen Diskurs in Israel keine Priorität hat. Die ablehnende Haltung sowohl von rechtlicher als auch religiöser Seite zu aktiver Sterbehilfe ist eindeutig. Anders ist es in Deutschland, wo Überlegungen zu aktiver Sterbehilfe eine ausgesprochen hohe Präsenz in der Sterbehilfedebatte haben (siehe Kapitel 5). Eine Verbindung zwischen dem hohen Stellenwert des Themas und der dadurch geförderten Auseinandersetzung und der Veränderungen der Haltung zu aktiver Sterbehilfe, wie er sich in den Studienergebnissen zeigt, ist anzunehmen.

6.2 Einstellung der Ärzte zu legalen Formen der Sterbehilfe

6.2.1 In Deutschland

Relevante Studien:

- Schöne-Seifert B und Eickhoff C (1996)
- Kirschener R und Elkeles T (1998)
- Wehkamp K-H (1998)
- Borasio G D, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H und Zierz S (2004)
- Rittner C, Weber M, Stiehl M und Reiter J (2001)
- Reiter-Theil S, Traebert S, Lange Deutschland und Hiddemann W (2003)
- Oorschot B v, Lipp V, Tietze A, Nickel N und Simon A (2005)
- Beck N, van de Loo A und Reiter-Theil S (2008)
- Möller T, Grabensee B und Frister H (2008)
- Schildmann J, Hötzel J, Müller-Busch H C und Vollmann J (2010)

In Deutschland fallen sowohl der Therapieverzicht als auch der Therapieabbruch unter die passive Sterbehilfe, die unter bestimmten Voraussetzungen legal und medizinisch indiziert ist (siehe Kapitel 4.1).

Durch die Studienlage wird jedoch gezeigt, dass große Skepsis und Verunsicherung unter den deutschen Ärzten in Bezug auf die Unterscheidung der einzelnen Formen von passiver Sterbehilfe und ihrer Zuordnung zu legalen bzw. illegalen Sterbehilfeformen vorliegt.

1996 gaben 29% der von Kirschener und Elkeles befragten 191 Krankenhausärzte (Rücklauf 51%) und 24% der 282 befragten niedergelassenen Ärzte (Rücklauf: 94%) an, Fälle erlebt zu haben, in denen sie zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nicht unterscheiden konnten (Kirschener und Elkeles 1998). Eine nähere Beschreibung dieser Fälle und der Problematik liegt leider nicht vor. Die von Wehkamp 1998 zwei Jahre später durchgeführte, im Design beinahe identische Studie (n=466, Rücklauf Kliniker: 51%, niedergelassene Ärzte: 94%) kommt zu ähnlichen Ergebnissen. 39% der Krankenhausärzte und 24% der niedergelassenen Ärzte haben angegeben, Fälle erlebt zu haben, in denen sie nicht zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe unterscheiden konnten (Wehkamp 1998). Auch hier erfolgt keine nähere Beschreibung dieser Fälle.

2000 machte Borasio (Borasio et al. 2004) eine Studie zur Einstellung zur ärztlichen Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase. Probanden waren 152 neurologische Chefarzte. Der Rücklauf ist mit 37% leider nur sehr gering. 76% der befragten Ärzte stimmten der Aussage: „Es gibt einen wachsenden Konsens unter Ethikern, dass der

Behandlungsabbruch ethisch vom Behandlungsverzicht differiert“ (Borasio et al. 2004, S.1192) zu. Im Gegensatz herrscht ein weitgehender Konsens zwischen Ethikern, keinen moralischen Unterschied zwischen Therapieverzicht und Therapieabbruch zu machen (Nationaler Ethikrat 2006). Die hohe Zustimmung für diese Aussage wird von den Autoren als Ausdruck einer großen Unsicherheit bei der Unterscheidung von Therapieverzicht und Therapieabbruch gewertet, sowie einem Bedürfnis der Ärzte, einen Unterschied zwischen diesen beiden Formen von Therapiebegrenzung machen zu wollen (Borasio et al. 2004). 60% der Befragten fürchteten, mit dem Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme eine strafbare Handlung zu begehen. Die Studienergebnisse lassen also auf eine große Unsicherheit über das geltende Recht schließen.

Eine zweite, 2000 durchgeführte Studie macht ebenso die Unsicherheiten bei der Abgrenzung von aktiver Sterbehilfe zu passiver Sterbehilfe sowie die unterschiedliche individuelle Bewertung von Abbruch und Verzicht von Therapiemaßnahmen deutlich. Befragt wurden 427 Ärzte, die alle an einer palliativmedizinischen Fortbildung teilgenommen hatten, also auf diesem Gebiet besonders geschult waren (Rittner et al. 2001). Die Probanden sollten den Abbruch von künstlicher Beatmung, künstlicher Ernährung und parenteraler Flüssigkeitszufuhr entweder der aktiven oder der passiven Sterbehilfe zuordnen. Im Fragebogen wurden keine Definitionen der einzelnen Sterbehilfeformen angegeben. Den Abbruch der künstlichen Beatmung ordneten 48,8% als aktive Sterbehilfe und 42,4% als passive Sterbehilfe ein. Beim Abbruch von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitsgabe sind die Ergebnisse eindeutiger: 13% aktiver Sterbehilfe, 79,9% passive Sterbehilfe, bzw. 26,6% aktiver Sterbehilfe, 63,2% passive Sterbehilfe. (Rittner et al. 2001) Zwischen 7,1% und 10,7% der Probanden waren sich bei der Zuordnung unsicher. Ein Großteil der Probanden ordnete den Abbruch von Therapiemaßnahmen, der per definitionem passive Sterbehilfe ist, der aktiven Sterbehilfe zu. Dies ist am ausgeprägtesten beim Abbruch von künstlicher Beatmung: Für jeden zweiten Arzt handelt es sich hierbei um aktive Sterbehilfe.

Ein ähnliches Bild zeigt die 2004 von Oorschot durchgeführte Studie zur Einstellung zu Sterbehilfe und zur Patientenverfügung. 727 Ärzte (Rücklauf: 46,6%) sollten im Fragebogen verschiedene Therapieszenarien der aktiven Sterbehilfe, der passiven Sterbehilfe oder der indirekten Sterbehilfe zuordnen (Oorschot et al. 2005). Im Fragebogen war eine Definition aller drei Sterbehilfearten angegeben. Gefragt wurde nach der Einordnung von sowohl Verzicht als auch Abbruch von künstlicher Beatmung, künstlicher Ernährung und parenteraler Flüssigkeitsgabe. Der Verzicht dieser Maßnahmen wird von ca. der Hälfte der Probanden als passive Sterbehilfe eingeordnet, zwischen 8% und 11,9% sehen darin eine aktive Sterbehilfe. Der Abbruch dieser Therapiemaßnahmen wird in verstärktem

Maße als aktive Sterbehilfe angesehen. 39% der Probanden bewerteten den Abbruch künstlicher Beatmung als aktive Sterbehilfe und nur 37% als passive Sterbehilfe. 25% sahen den Abbruch von parenteraler Flüssigkeitsgabe als aktive Sterbehilfe an, 19,8% den Abbruch von künstlicher Ernährung (Oorscholt et al. 2005). 6,9% bis 9,4% der befragten Ärzte waren sich bei der Zuordnung unsicher. Bei allen vorgestellten Szenarien handelt es sich nach der Definition des Bundesgerichtshofs (siehe Kapitel 2.2) um passive Sterbehilfe und doch ordnet ihn ein Großteil der befragten Ärzte nicht korrekt zu.

Auch in qualitativen Studien werden die Unsicherheiten des deutschen medizinischen Fachpersonals in Bezug auf die rechtlich korrekte Zuordnung von Therapiemaßnahmen zu den jeweiligen Formen der Sterbehilfe deutlich. Reiter-Theil befragte 2003 12 Ärzte und 6 Pfleger zu ethischen Aspekten bei der Begrenzung von Therapiemaßnahmen (Reiter-Theil et al. 2003). Ein Großteil der Befragten beklagte Unsicherheiten im Bezug auf den rechtlichen Rahmen, in dem Sterbehilfe möglich ist.

2008 wurde von Beck (Beck et al. 2008) eine qualitative Untersuchung durchgeführt, welche den Umgang mit Verzicht und Abbruch von künstlicher Beatmung deutscher Intensivmediziner untersucht. Sie führte halbstrukturierte Interviews mit 28 Ärzten durch. Ca. die Hälfte der Probanden war der Meinung, der Abbruch der künstlichen Beatmung wäre generell illegal. $\frac{1}{3}$ ordnete den Abbruch von Therapiemaßnahmen der aktiven Sterbehilfe zu, weitere 20% sahen ihn sehr nah bei aktiver Sterbehilfe.

Unter deutschen Ärzten herrschen, wie die Studienergebnisse zeigen, eine sehr große Unsicherheit und mangelnde Kenntnisse bei der Abgrenzung von aktiver Sterbehilfe zu passiver Sterbehilfe. Daraus folgt ebenso eine Unsicherheit über den geltenden Rechtsrahmen. Die Beurteilung der passiven Sterbehilfe durch die deutschen Ärzte stimmt ebenfalls nicht mit der bioethischen Konvention, keinen moralischen Unterschied zwischen Abbruch und Verzicht zu sehen, überein. Eine mögliche Folge daraus kann sein, dass medizinisch indizierte Maßnahmen oder die Wünsche des Patienten aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen nicht entsprechend durchgeführt werden (Nauck 2011).

Obwohl nach den Studienergebnissen bei deutschen Ärzten eine große Unsicherheit in Bezug auf passive Sterbehilfe herrscht, würden sie sie häufig durchführen.

Schöne-Seifert führte 1991 eine qualitative Studie durch, in der sie 74 Ärzte und 43 Pfleger zu ihrer Einstellung zum Behandlungsverzicht befragte (Schöne-Seifert und Eickhoff 1996). Den befragten Ärzten und Pflegern wurden drei Fallvignetten von terminal erkrankten Patienten vorgelegt, für die sie hypothetische Therapieentscheidungen treffen sollten. Zwischen 23% und 43% der Ärzte sowie 21% bis 60% der Pfleger würden sich je

nach Fall für einen Abbruch von Therapiemaßnahmen entscheiden. Der bedeutsamste Faktor für die Durchführung eines Therapieabbruchs ist ein entsprechender Wunsch des Patienten.

Leider ist die Datenlage für Deutschland zur Anwendung lebensverkürzender Maßnahmen recht lückenhaft (Beck et al. 2008). Es gibt kaum Untersuchungen in Deutschland zur tatsächlichen Anwendung von passiver Sterbehilfe (Nationaler Ethikrat 2006). Eine Abschätzung der Häufigkeit von passiver Sterbehilfe in Deutschland ist durch die Ethicustudie möglich. Sie zeigt, dass Therapiebegrenzungen, also passive Sterbehilfe nach deutscher Terminologie, eine in Europa weitverbreitete Praxis sind. Sie wurden bei insgesamt 80,4% der Patienten, welche im untersuchten Zeitraum von anderthalb Jahren auf an die Studie angeschlossenen Intensivstationen verstorben sind, durchgeführt. Für Deutschland liegen leider keine separaten Ergebnisse vor, sondern es wird gemeinsam mit anderen mitteleuropäischen Ländern, Österreich, Belgien, der Tschechische Republik und der Schweiz, betrachtet. In dieser Ländergruppe hatten 34,1% der Patienten im untersuchten Zeitraum einen Therapieverzicht und 33,8% einen Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen. Passive Sterbehilfe wurde also in 67,9% der Fälle durchgeführt.

Möller untersuchte 2007 die Einstellung der Ärzteschaft des Düsseldorfer Universitätsklinikums zu passiver Sterbehilfe (Möller et al. 2008). 128 Ärzte nahmen an der Studie teil. Der Rücklauf ist mit 25% leider außerordentlich gering. 18,8% der befragten Ärzte gaben an, noch nie Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen getroffen haben zu müssen. 18% mussten diese Art Entscheidungen mehr als 12mal im Jahr treffen. 45,6% der befragten Ärzte gaben an, im Falle einer fehlenden Indikation eine lebenserhaltende Maßnahme zu reduzieren. 21,2% brachen die Therapie ab. Die Probandenzahl der Studie ist durch den niedrigen Rücklauf sehr klein, so dass sich die Ergebnisse der Studie nicht generalisieren lassen. Trotz allem deuten die Aussagen auch dieser Studie darauf hin, dass es sich bei der passiven Sterbehilfe um eine Therapiemaßnahme handelt, mit der man in deutschen Krankenhäusern häufig konfrontiert wird.

Von Schildmann (Schildmann et al. 2010) wurde im Jahr 2010 das Verhalten in Bezug auf Sterbehilfe von 901 Ärzten untersucht. Es handelt sich bei allen um Mitglieder der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“. Dazu mussten die Befragten retrospektiv Angaben zu Patienten machen, die in den letzten 12 Monaten verstorben sind. Die Ergebnisse zeigen, dass an 88,7% der Patienten eine Form der Sterbehilfe durchgeführt wurde. Dabei wurde bei 69,1% passive Sterbehilfe im Sinne eines Therapieverzichts oder -abbruchs angewendet.

Diese Zahlen zeigen, dass die passive Sterbehilfe in Deutschland regelmäßig durchgeführt wird. Die vorgestellten Ergebnisse können trotz allem nur eine erste Idee von der Häufigkeit, mit der passive Sterbehilfe in Deutschland durchgeführt wird, geben. Weitere empirische Untersuchungen müssen hier Aufklärung bringen.

6.2.2 In Israel

Relevante Studien:

- Sprung C L, Cohen L S, Sjøkvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D et al. (2003)
- Eidelman L A, Johnson T A, Pizov R, Geber D, L L und Sprung C L (1998)
- Jakobson D J, Eidelman L A, Worner T M, Oppenheim A E, Pizov R und Sprung C L (2004)
- Ganz F D, Benbenishty J, Hersch M, Fischer A, Gurman G und Sprung C L (2006)
- Carmel S, Werner P und Ziedenberg H (2007)

Die Studienergebnisse zeigen, dass der Therapieverzicht eine vielfach praktizierte Maßnahme auf israelischen Intensivstationen ist. Die bereits mehrfach erwähnte Ethicusstudie zeigt, dass israelische Ärzte signifikant häufiger als die Ärzte aus den anderen untersuchten, europäischen Ländern den Therapieverzicht durchführen. 68% der Patienten, die von einem jüdischen Arzt behandelt wurden, hatten einen Therapieverzicht. Dies ist die höchste Rate in ganz Europa.

Studien, die nur in Israel durchgeführt wurden, die schon in Kapitel 6.1.2 vorgestellten Studien von Eidelmann et al., Jakobson et al. und Ganz et al., kommen in Bezug auf den Therapieverzicht zu ähnlichen Ergebnissen. Hier zeigt sich, dass bei einem Großteil der auf den Intensivstationen behandelten Patienten, die in den genannten Studien erfasst worden sind, ein Therapieverzicht als Behandlungsmaßnahme durchgeführt worden ist: 85% (Eidelman et al. 1998), 88% (Jakobson et al. 2004) und 69% (Ganz et al. 2006). Behandlungen, auf die verzichtet wurde, sind kardiopulmonale Wiederbelebung, Dialyse oder Operationen (Eidelman et al. 1998).

Eine Studie von Carmel et al. aus dem Jahr 2007 zeigt, dass der Therapieverzicht auch in hypothetischen Patientenfällen oft zum Einsatz kommen würde (Carmel et al. 2007).

443 Ärzte (Rücklauf: 72%) und 288 Krankenpfleger (Rücklauf 74%) wurden gefragt, in welchem Maß sie bei einem 80-jährigen Patienten, der terminal an Krebs erkrankt ist, lebensverlängernde Maßnahmen einsetzen würden. Hier wird deutlich, dass ein Großteil der Befragten, häufig auf Therapien verzichten würde. Nur 11,2% der Ärzte und 13,9% der Krankenpfleger würden Wiederbelebungsmaßnahmen durchführen. 78,8% der Ärzte und 88,8% der Pfleger würden auf eine künstliche Beatmung verzichten. Von allen Therapiemaßnahmen würden die befragten Ärzte und Krankenpfleger am wenigsten auf die künstliche Ernährung verzichten: 54,2% der Ärzte und 72,7% der Krankenpfleger würden sie durchführen. Die Studie lässt die Schlussfolgerung zu, dass sich das hohe Maß, mit dem der Therapieverzicht in Israel durchgeführt wird, mit der Einstellung der betroffenen Ärzte zum Therapieverzicht deckt. Die Ärzte würden den Therapieverzicht in hypothetischen Patientenfällen häufig durchführen. Dies entspricht den realen Gegebenheiten. Leider ist die Studie von Carmel, die einzige, welche die Einstellung von israelischen Ärzten und Krankenpflegern zum Therapieverzicht untersucht, so dass sich diese Aussage nicht zusätzlich untermauern lässt.

In Israel wird aus religiösen Gründen eine deutliche ethische wie auch rechtliche Unterscheidung zwischen Therapieverzicht und Therapieabbruch gemacht. Der Therapieverzicht auf Wunsch eines einwilligungsfähigen Erwachsenen ist weitestgehend gestattet. Auf eine Therapiemaßnahme, die den natürlichen Sterbeprozess verzögert und das Leiden des Sterbenden verlängert, darf verzichtet werden (Barilan 2003b) (siehe Kapitel 4.2). Dies zeichnet sich deutlich im Verhalten israelischer Ärzte ab, wie die israelischen Studienergebnisse demonstrieren. Sie unterscheiden konsequent zwischen Therapieverzicht und dem illegalen Therapieabbruch. Dabei gehört der Therapieverzicht zu den routinemäßig auf israelischen Intensivstationen durchgeführten Therapiemaßnahmen.

6.2.3 Vergleich der Einstellungen der Ärzte zu legalen Formen der Sterbehilfe

In beiden Ländern wird passive Sterbehilfe bzw. der Therapieverzicht regelmäßig durchgeführt. Therapiebegrenzungen gehören zum Klinikalltag. In Bezug auf den Therapieabbruch lassen sich sehr interessante Ergebnisse feststellen. Die rechtliche und ethische Bewertung des Therapieabbruchs durch die öffentlichen Organe in Deutschland und Israel differiert sehr. Die Einstellung der befragten Ärzte dazu ähnelt sich jedoch in auffälliger Weise. In Israel ist der Therapieabbruch sowohl rechtlich wie nach religiösen Re-

geln verboten. Der Therapieverzicht dagegen ist gestattet und auch religiös geboten. Kein Sterbender soll in Qualen am Leben gehalten und der Tod künstlich hinausgezögert werden. Die Studienergebnisse zeigen, dass die klinische Umsetzung den ethischen und rechtlichen Vorgaben in Israel weitgehend entspricht. Aktive Sterbehilfe und Therapieabbrüche werden kaum durchgeführt, der Therapieverzicht dagegen gehört zur klinischen Routine. Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass israelische Ärzte keine Probleme haben, die legalen und illegalen Sterbehilfeformen zu unterscheiden und die kulturell gewachsenen Bedeutungen von Abbruch und Verzicht umzusetzen. Dies steht in deutlichem Unterschied zu den deutschen Ärzten. Denn in Deutschland stellt sich die Situation völlig anders dar. Es wird rechtlich nicht zwischen dem Therapieabbruch und dem Therapieverzicht unterschieden. Ziel beider Therapiemaßnahmen ist es, den natürlichen Sterbeprozess nicht künstlich zu verlängern. Beides wird unter der legalen passiven Sterbehilfe zusammengefasst. In der westlichen medizinethischen Debatte lässt sich ebenfalls ein breiter Konsens finden, dass eine Unterscheidung von Therapieabbruch und Therapieverzicht wenig plausibel ist (Hochgrebe 2005). Obwohl Therapieabbruch und -verzicht in Deutschland rechtlich und ethisch analog bewertet werden, wird durch die Studienergebnisse klar, dass für deutsche Ärzte zwischen diesen beiden Formen der Therapiebegrenzung durchaus oft ein Unterschied besteht. Denn häufig wird der Therapieabbruch der verbotenen aktiven Sterbehilfe zugeordnet. Für viele Ärzte besteht ein psychologischer Unterschied zwischen Therapieverzicht und Therapieabbruch (Beck et al. 2008), da beim Therapieabbruch das Herbeiführen des Todes durch das Handeln des Arztes erfolgt. Er muss den Beatmungstubus ziehen oder die Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten abbrechen. Daher wird er von deutschen Ärzten eher mit der aktiven Sterbehilfe assoziiert, bei welcher der Tod ebenfalls durch das „aktive“ Handeln des Arztes, in diesem Fall durch die Injektion eines tödlichen Medikaments, erfolgt. In beiden Fällen kommt es zur Verkürzung der Lebensdauer durch das Eingreifen des Arztes. Über die psychologische Bewertung hinaus trägt die deutsche Nomenklatur sicherlich zur Verwirrung bei, denn die Adjektive „aktiv“ und „passiv“ lassen sich auch hinsichtlich der Handlungsart interpretieren. Der Abbruch einer Therapie erfordert ein „aktives“ Eingreifen vonseiten der Ärzte wie beispielsweise das Abschalten eines Beatmungsgeräts oder die Entfernung einer Magensonde zur künstlichen Ernährung. Die Nomenklatur wird als eine der Ursachen für die Unsicherheit deutscher Ärzte bei der Unterscheidung zwischen Therapieabbruch und -verzicht gesehen (Sahm 2006).

In Deutschland findet sich also eine deutliche Diskrepanz zwischen dem rechtlichen Standpunkt, dass Therapieabbruch und -verzicht in gleicher Weise bewertet werden und der Einstellung der Ärzte, die den Therapieabbruch oft bei der aktiven Sterbehilfe ansie-

deln und ihn damit als illegal einstufen. Die Bewertung des Therapieabbruchs seitens deutscher Ärzte ähnelt damit deutlich dem der israelischen Ärzte.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die rechtliche Wahrnehmung der passiven Sterbehilfe in Deutschland und Israel stark unterscheidet, die Einstellung der Ärzte aus beiden Ländern sich jedoch ähnelt. In Israel scheinen die rechtlichen Vorgaben und die ethisch-religiöse Bewertung mit dem Empfinden und der Einschätzung der Ärzte eher übereinzustimmen. In Deutschland dagegen differieren diese.

6.3 Einstellung der Bevölkerung zu legalen und illegalen Formen der Sterbehilfe

6.3.1 In Deutschland

Relevante Studien:

- Schröder C, Schmutzer G, Klaiberg A und Brähler E (2003)
- Allensbacher Berichte (2005)
- Allensbacher Berichte (2008)
- Helou A, Wende A, Hecke T, Rohrmann S, Buser K und Dierks M-L (2000)
- Nyhsen C, Weber M, Schuez J und Faust G (1999)
- forsa (2003)
- Deutsche Hospizstiftung (2005)
- Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G und Deliens L (2006)

In Deutschland wurden zahlreiche Studien durchgeführt, um die Einstellung der Bevölkerung zu den verschiedenen Sterbehilfeformen zu untersuchen. Der größte Teil der Studien beschäftigt sich mit der Einstellung zu aktiver Sterbehilfe.

In allen Studien wird im Fragebogen für die Befragten der jeweilige Sterbehilfebegriff definiert, um eine Antwortverzerrung durch mangelnde oder Fehlinformationen zu vermeiden. Zum Teil erweisen sich die Definitionen jedoch als unvollständig oder problematisch, worauf im entsprechenden Fall näher eingegangen wird.

Die empirische Forschung zu Fragen bezüglich des Lebensendes erweist sich häufig als besonders schwierig (Voltz et al. 2010). Die Probanden sind durch eine Studienteilnahme gezwungen, sich mit der eigenen Sterblichkeit und dem Tod auseinanderzusetzen. Dadurch lehnen zahlreiche potenzielle Probanden vermutlich die Partizipation an einer

entsprechenden Studie ab. Das Probandenkollektiv, welches sich schlussendlich zur Teilnahme an einer Studie entscheidet, läuft daher Gefahr, bereits selektioniert zu sein (Voltz et al. 2010). Dies sollte bei der Interpretation der Studienergebnisse stets beachtet werden.

Zur Akzeptanz der passiven Sterbehilfe in der deutschen Bevölkerung liegen Untersuchungen aus dem Zeitraum von 2003 bis 2008 vor. Die Zustimmung ist bei den drei Erfassungen gleichmäßig hoch.

Schröder (Schröder et al. 2003) befragte 1957 deutsche Bürger (Rücklauf: 60%) nach ihrer Einstellung zu Sterbehilfe und unter welchen Bedingungen, diese eine ärztliche Aufgabe sein sollte. 71,2% sprachen sich dafür aus, dass die passive Sterbehilfe zu den Aufgaben des Arztes gehören sollte. Passive Sterbehilfe wurde im Fragebogen definiert als: „Verzicht auf oder Abbruch von sterbensverlängernden medizinischen Maßnahmen“ (Schröder et al. 2003, S.336).

In der Befragung von 2064 Personen, 2005 durch das Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt, sprachen sich 80% der Befragten für die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe aus (Allensbacher Berichte 2005). Passive Sterbehilfe wurde in der Befragung definiert als das „Einstellen lebensverlängernder Maßnahmen auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten“ (Allensbacher Berichte 2005, S.1). 8% der Befragten waren gegen die Durchführung passiver Sterbehilfe.

In einer weiteren Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach 2008 an 1786 Personen aus der deutschen Gesamtbevölkerung mit identischer Definition für passive Sterbehilfe wie bei der vorherigen Erhebung durch das Institut für Demoskopie Allensbach sprachen sich 72% der Befragten für die passive Sterbehilfe aus, 11% waren dagegen (Allensbacher Berichte 2008).

Die Zustimmung in der deutschen Bevölkerung für die in Deutschland legale passive Sterbehilfe liegt also zwischen 70-80%, ihre Ablehnung bei ca. 10%. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass sie über die dokumentierten Jahre gleichbleibend hoch bleibt.

Die Datenlage zur Einstellung gegenüber aktiver Sterbehilfe ist umfangreicher und weniger homogen: Es finden sich Zustimmungsraten für aktive Sterbehilfe zwischen 32,5% und 93%. Bei näherer Betrachtung lassen sich Auffälligkeiten im Studiendesign feststellen, welche diese kaum miteinander zu vereinbarenden Ergebnisse erklären.

Die Studienlage umfasst den Zeitraum von 1997 bis 2010.

Die höchste Zustimmungsrates für die aktive Sterbehilfe findet sich in der Studie von Helou von 1997. Er befragte 89 Probanden mit Hilfe eines Fragebogens, ob und unter welchen Bedingungen sie aktive Sterbehilfe akzeptieren würden. Beim Zusammenkommen von Freiwilligkeit des Patienten, tödlicher Krankheit, hohem Alter und baldigem Tod stimmten 93% der Probanden der aktiven Sterbehilfe zu (Helou et al. 2000). Diese Zustimmung ist außerordentlich hoch. Bei näherer Betrachtung des Studiendesigns fällt auf, dass die Probanden nicht zufällig ausgewählt wurden, sondern aus dem privaten und beruflichen Umfeld der wissenschaftlichen Mitarbeiter des Studienteams stammen. Es handelt sich also nicht um eine repräsentative Stichprobe sondern um eine hoch selektierte Klientel. Dies erklärt die überdurchschnittlich hohe Zustimmung für aktive Sterbehilfe. Die Autoren räumen dies selbst ein und sprechen von einer „Verzerrung des Antwortverhaltens im Sinne einer falsch hohen Akzeptanz“ (Helou et al. 2000,S.313).

Nyhse (Nyhse et al. 1999) verzeichnet in der von ihr 1999 durchgeführten Studie zu aktiver Sterbehilfe und Hospizarbeit eine relativ hohe Zustimmungsrates. Sie befragte 200 Passanten in der Mainzer Fußgängerzone. Aktive Sterbehilfe wird definiert als: „das Leben aktiv ... zu beenden“ (Nyhse et al. 1999,S.537). 73% der Befragten sprechen sich für aktive Sterbehilfe aus, 15,5% sind grundsätzlich dafür und 57,5% stimmen unter bestimmten Bedingungen zu. Wie diese Bedingungen aussehen könnten, wurde scheinbar nicht erfragt, denn in den Unterlagen der Studie findet sich dazu keine Spezifizierung.

Ähnliche Zustimmungsrates werden auch in anderen Studien zur aktiven Sterbehilfe festgestellt: in der 2003 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) durchgeführten forsa-Umfrage sprechen sich 61% der 1006 befragten Personen dafür aus, dass aktive Sterbehilfe für Schwerstkranke erlaubt sein sollte (forsa 2003). Aktive Sterbehilfe wurde in dieser Umfrage definiert als: „Tötung unheilbar Schwerstkranker auf deren ausdrücklichen Wunsch hin“ (forsa 2003,S.2).

Ebenfalls 61% der 1957 befragten deutschen Personen in der oben bereits erwähnten Studie von Schröder (Schröder et al. 2003) stimmen der Aussage zu, dass aktive Sterbehilfe zu den beruflichen Aufgaben des Arztes gehören sollte. Aktive Sterbehilfe wird im Fragebogen definiert als: „bewusste Herbeiführung des Todes durch gezielte medizinische Maßnahmen bei Patienten, die unheilbar krank sind und in absehbarer Zeit sterben werden“ (Schröder et al. 2003,S.336). Im gleichen Jahr, 2003, werden zweimal in unterschiedlichen empirischen Untersuchungen die gleichen Zustimmungsrates ermittelt. Dies spricht für die Schlüssigkeit der Datenerhebung.

2008 wurde vom Institut für Demoskopie Allensbach eine Umfrage zur Haltung der deutschen Bevölkerung gegenüber aktiver Sterbehilfe durchgeführt. Dafür wurden 1786 Pro-

banden befragt, von denen 58% der aktiven Sterbehilfe zustimmen (Allensbacher Berichte 2008). Die Definition der aktiven Sterbehilfe lautet: „Beendigung des Lebens schwerkranker Menschen, die keine Chance mehr zum Überleben haben und große Schmerzen leiden müssen auf deren ausdrücklichen Wunsch“ (Allensbacher Berichte 2008,S.2). Sie schließt den expliziten Wunsch des Patienten nach aktiver Sterbehilfe mit ein, wie es unter anderem als eines der zentralen Kriterien für aktive Sterbehilfe vom Nationalen Ethikrat gefordert wird (Nationaler Ethikrat 2006,S. 55).

Zwei Studien zeigen für das Gesamtbild außergewöhnlich niedrige Zustimmungsraten für aktive Sterbehilfe. Es handelt sich zum einen um eine von der Deutschen Hospizstiftung in Auftrag gegebene Studie; sie wurde 2005 an 1000 Probanden durchgeführt (Deutsche Hospiz Stiftung 2005). Dabei sprachen sich 35% der Befragten für die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe aus. Zum anderen handelt es sich um eine von Cohen 2006 durchgeführte Erhebung (Cohen J. et al. 2006). Er benutzt dafür Daten aus der „European Values Study“. 41125 Probanden aus ganz Europa wurden zu ihrer Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe befragt. In Deutschland (Rücklauf: 58%) ergab sich eine Zustimmungsrate von 32,5% (aus den Kategorien „stimme voll zu“, „stimme eher zu“). Aus welchem Grund liegen die Zustimmungsraten zur Einstellung der deutschen Bevölkerung zu aktiver Sterbehilfe so weit unter den Raten aus vielen anderen empirischen Untersuchungen? Bei näherer Analyse des Studienaufbaus fallen unter anderem problematische Definitionen von aktiver Sterbehilfe auf. In der Studie der Deutschen Hospizstiftung wird die Problematik deutlich. Die Definition von aktiver Sterbehilfe lautet: „Tötung eines Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch oder auch ohne dessen Zustimmung“ (Deutsche Hospizstiftung 2005,S.2). Bei dieser Definition fehlt ein wichtiges Element der aktiven Sterbehilfe, die Freiwilligkeit des Patienten. Die Definition der Deutschen Hospizstiftung schließt sogar explizit ein, dass eine Tötung auch gegen den erklärten Willen des Patienten stattfinden darf. Es liegt in diesem Fall nahe, dass die fehler- bzw. lückenhafte Definition von aktiver Sterbehilfe Auswirkungen auf die Zustimmung der Befragten hat und die Zustimmungsrate im Vergleich zu anderen Studien so niedrig ausgefallen ist. In der Cohen-Studie wird aktive Sterbehilfe als „terminating the life of the incurably sick“ (Cohen J. et al. 2006,S.744) definiert. Diese Definition erwähnt nicht explizit, dass die Sterbehilfe nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgt. Darin ähnelt sie allerdings den Definitionen, die Nyhsen (Nyhsen et al. 1999) oder Schröder (Schröder et al. 2003) für ihre Studien verwendet haben. Das Fehlen der Freiwilligkeit in der Definition der aktiven Sterbehilfe allein bietet also keinen möglichen Erklärungsansatz für die relativ niedrige Zustimmung zu aktiver Sterbehilfe von nur 32,5%.

Die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe ist nicht in allen Altersgruppen gleich verteilt. In mehreren Studien wurde festgestellt, dass mit steigendem Alter die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe sinkt (Allensbacher Berichte 2008, Cohen J. et al. 2006, Schröder et al. 2003). In der Befragung von 1786 Personen durch das Institut für Demoskopie Allensbacher 2008 waren 63% der 16-29-Jährigen, 59% der 30-44-Jährigen, 60% der 45-59-Jährigen und 51% der 60-Jährigen oder Älteren für die aktive Sterbehilfe. Zwischen den Altersgruppen differiert die Zustimmung also zum Teil erheblich. Ältere stehen der aktiven Sterbehilfe wesentlich zögerlicher gegenüber als jüngere Befragte. (Allensbacher Berichte 2008) Für die Geschlechterverteilung lässt sich mehrfach feststellen, dass Männer eine etwas höhere Zustimmung als Frauen zeigen (Cohen J. et al. 2006, Schröder et al. 2003). So stimmen in der Studie von Schröder von 2003 beispielsweise 64,2% der befragten Männer und 58,8% der befragten Frauen für die aktive Sterbehilfe.

In der Studie von Schröder (Schröder et al. 2003) ist neben der Zustimmung zu aktiver, indirekter und passiver Sterbehilfe sowie dem ärztlich-assistierten Suizid untersucht worden, inwiefern die Probanden die jeweilige Sterbehilfeform für sich selbst im Falle einer terminalen Erkrankung in Anspruch nehmen würden. Die potentielle Inanspruchnahme fällt im Vergleich zur Zustimmung gering aus. Sie liegt für aktive Sterbehilfe bei 21,1% und für passive Sterbehilfe bei 26,1%. Zustimmung ist also nicht mit Inanspruchnahme gleichzusetzen. Das bedeutet, dass sich viele die soziale Möglichkeit der Sterbehilfe wünschen, jedoch vorrangig für Andere als für sich selbst. Anderen Menschen, die Sterbehilfe mit ihren moralischen Vorstellungen und ihrem Lebensplan in Übereinkunft bringen können, soll die Möglichkeit dazu nicht verwehrt werden. Dies ist ein Beispiel für den Wertpluralismus in der deutschen Gesellschaft (Nationaler Ethikrat 2006).

6.3.2 In Israel

Relevante Studien:

- Carmel S (1997)
- Leichtentritt R Deutschland und Rettig K D (1999)
- Leichtentritt R Deutschland und Rettig K D (1999)
- Herzog S (2005)
- Saar G. (2005)

Die Datenmenge zur Akzeptanz von Sterbehilfe in der israelischen Bevölkerung ist außerordentlich gering. Eine große, repräsentative Befragung der Öffentlichkeit liegt nicht vor (Leichtentritt und Rettig 2002). Es gibt allerdings einige qualitative Interviewstudien. Sie lassen jedoch höchstens die Abschätzung eines Trends zu.

Es liegt eine Untersuchung von Carmel (Carmel 1997) vor, welche die Präferenzen bei lebenserhaltenden Maßnahmen von 987 Israelis älter als 70 Jahren untersucht. Den Probanden wurden fünf Krankheitssituationen vorgestellt und sie sollten dann entscheiden, ob und welche Art von lebenserhaltenden Maßnahmen sie im jeweiligen Krankheitsfalle wollten. Die Ergebnisse zeigen, dass der Wunsch nach lebenserhaltenden Maßnahmen mit der Schwere der Erkrankung abnimmt. Die Studie lässt sich jedoch auf die Fragestellung nach der Einstellung der israelischen Bevölkerung zu Sterbehilfe kaum anwenden. Das Probandenkollektiv ist in keiner Weise repräsentativ, der Altersdurchschnitt liegt bei 77,5 Jahren. Darüber hinaus lässt sich ein Wunsch nach wenig lebenserhaltenden Maßnahmen nicht automatisch als Zustimmung zu Sterbehilfe werten.

Herzog (Herzog 2005) hat eine Untersuchung zur Schwereeinschätzung verschiedener Verbrechen gemacht und hier unter anderem auch die aktive Sterbehilfe mit abgefragt. Aktive Sterbehilfe wurde definiert als: „injection or provision of a lethal dose“ (Herzog 2005,S.315). Die Studie wurde an 892 Israelis durchgeführt. Die Verbrechen szenarien waren neben aktiver Sterbehilfe, Mord, Totschlag, Unfall mit Todesfolge, Selbstverteidigung mit Todesfolge, Vergewaltigung, Einbruch und Steuerhinterziehung. Die aktive Sterbehilfe wurde dabei als das am wenigsten schwerwiegende Verbrechen eingestuft. Das gravierendste Verbrechen war nach Einschätzung der Probanden Mord aus selbstsüchtigen Motiven. 7,9% der Probanden wünschten eine lebenslange Gefängnisstrafe für das Durchführen von aktiver Sterbehilfe, 39,4% generell eine Gefängnisstrafe. 37,9% der Befragten plädierten dafür, von einer Strafverfolgung abzusehen.

Von Leichtentritt und Rettig wurden mehrere qualitative Studien zur Einstellung der israelischen Bevölkerung zu Sterbehilfe erhoben.

1999 führten sie eine Interviewstudie an 36 Israelis, älter als 70 Jahre, durch. Ziel der Untersuchung war, die Einstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes zu beleuchten (Leichtentritt und Rettig 1999b). Die Autorinnen haben dabei Komponenten identifiziert, welche die Einstellung zu Sterbehilfe beeinflussen wie beispielsweise die Familie, religiöse oder moralische Überzeugungen. Die Interviews wurden in Bezug auf jede einzelne dieser Komponenten ausgewertet. Ziel der Studie war es, die Vielschichtigkeit der Einstellung zu Sterbehilfe zu untersuchen. Für jede der befragten Personen wurde für jede einzelne Komponente ein Score berechnet, der ausdrückt, in welchem Maße sie der

Sterbehilfe zustimmt oder sie ablehnt. Ein und dieselbe Person kann Sterbehilfe in Bezug auf die Familie ablehnen, weil sie beispielsweise ihrer Familie die Schande eines durch Sterbehilfe verstorbenen Angehörigen nicht zumuten möchte, aber moralisch prinzipiell keine Einwände gegen die Sterbehilfe haben. 13 Probanden hatten in Bezug auf ihren Glauben eine ablehnende Haltung zu Sterbehilfe, wiederum 13 waren bezüglich der religiösen Überzeugung indifferent. Für 28 Probanden führten Überlegungen bezüglich der Familie zu einer ablehnenden Haltung gegenüber Sterbehilfe. 21 stimmten der Sterbehilfe aufgrund ihrer moralischen Überlegungen zu. Diese Studie dokumentiert sehr eindrücklich die Komplexität der Einstellung zu Sterbehilfe. Eine konkrete Quantifizierung zur Akzeptanz von Sterbehilfe lässt sich daraus leider nicht ableiten.

Eine weitere Studie von Leichtentritt und Rettig (Leichtentritt und Rettig 1999a) untersucht, ob bei der Einstellung zu Sterbehilfe familiäre Gemeinsamkeiten bestehen. Es wurden zufällig 19 ältere Probanden ausgewählt, die wiederum einige ihrer Familienmitglieder benennen mussten. So wurden schlussendlich 47 Personen aus 19 Familien zu ihrer Einstellung zu Sterbehilfe interviewt. Leichtentritt und Rettig kommen zu dem Schluss, dass in einer Familie oft ähnliche Einstellungen zu Sterbehilfe vorliegen. Dem Therapieverzicht stimmten 80,9% der Befragten zu, 44,7% wenn er unfreiwillig erfolgt. 70,2% bewerteten den Therapieabbruch als positiv, 42,2% wenn er ohne Zustimmung des Patienten erfolgt. 48,9% akzeptierten die aktive Sterbehilfe auf Wunsch des Patienten, 34,0% ohne dessen Zustimmung. Leichtentritt und Rettig stellen darüber hinaus fest, dass die Einstellung der befragten Personen stark von jüdischer Kultur und den historischen Erfahrungen Israels beeinflusst ist. Die Autoren bezeichnen dieses Prägungsmuster als „israelische Ich-Integrität“ (Leichtentritt und Rettig 1999a, S. 340). Es handelt sich um eine sehr kleine, nicht repräsentative Stichprobe, daher lassen sich diese Daten nicht für die gesamte israelische Bevölkerung generalisieren. Die Ergebnisse vermitteln trotz allem den Eindruck, dass viele israelische Bürger der Sterbehilfe aufgeschlossen gegenüberstehen. Ihre Haltung zu Sterbehilfe ist eindeutig eingebettet in das Verhältnis zu Familie, Religion und kultureller Prägung.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Saar in einer 2005 an 24 deutschen und 25 israelischen Probanden durchgeführten qualitativen Interviewstudie (Saar 2005). Auch im Falle des Suizids, als Form der freiwilligen Lebensbeendigung der aktiven Sterbehilfe verwandt, spielen für die israelischen Befragten soziale Überlegungen eine große Rolle. Ihre Einstellungen zum Suizid sind geprägt von Auswirkungen auf ihr familiäres Umfeld und die Gesellschaft. Saar sieht hierin einen Ausdruck des kollektivistischen israelischen Sozialverständnisses (Saar 2005, S.93).

6.3.3 Vergleich der Einstellung der deutschen und israelischen Bevölkerung zu legalen und illegalen Formen der Sterbehilfe

Aus der Zusammenschau der Studienergebnisse zu Deutschland lässt sich festhalten, dass die Zustimmung der deutschen Bevölkerung zu legalen bzw. illegalen Sterbehilfen im Allgemeinen hohe 70-80% bzw. ca. 60% beträgt, wobei für letztere die Einwilligung des Patienten ein wesentliches Kriterium ist. Bei Ausschluss der Zustimmung des Patienten zur Entscheidung zu aktiver Sterbehilfe sinkt sie auf ca. 30 % und verringert sich noch weiter, wenn die befragte Person selbst von dieser Entscheidung betroffen ist (ca. 21 %). Über den Untersuchungszeitraum war weder im Fall der legalen noch illegalen Sterbehilfe eine Zu- oder Abnahme der allgemeinen Zustimmung oder Ablehnung festzustellen.

Die Einstellung der israelischen Bevölkerung zu legalen bzw. illegalen Formen der Sterbehilfe kann aus den vorhandenen Daten nicht allgemeingültig abgeleitet werden. Gründe sind entweder zu geringe Probandenzahlen mit nicht repräsentativem Altersdurchschnitt und/oder die Fragestellung ist nur Teil einer umfangreicheren Befragung. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sind dennoch Trends identifizierbar. Aus allgemeinem moralischem Blickwinkel befürworten 81% der befragten Bürger aus Israel den legalen Therapieverzicht mit Patienteneinwilligung und immer noch hohe 70% den illegalen Therapieabbruch. Im Falle der aktiven Sterbehilfe sinkt die Zustimmung auf 49%. Die Fragestellungen zur Sterbehilfe in Israel zeigen insgesamt einen starken Bezug auf Religion, Moral und Familie.

Auch aus dieser inhomogenen Datenbasis kann abgeleitet werden, dass die israelischen Bürger die Sterbehilfe nicht durchweg ablehnen, sondern es eine relative Befürwortung zu geben scheint.

Die Vergleichbarkeit der Einstellungen der deutschen und israelischen Bevölkerung zur Sterbehilfe wird durch das Fehlen von großen repräsentativen Erhebungen aus Israel eingeschränkt. Die vorhandenen Daten werden in den nachfolgenden Vergleichen als Tendaussagen gewertet. Trotz dieser Einschränkungen lassen sich in beiden Ländern sowohl beim Therapieverzicht als auch beim Therapieabbruch ähnlich hohe Zustimmungsraten von 70-80% finden, obwohl in Israel der Therapieabbruch ein Straftatbestand darstellt. Bei aktiver Sterbehilfe, welche in beiden Ländern illegal ist, sinken die Zustimmungsraten deutlich auf unter 50 % in Israel bzw. ca. 60 % in Deutschland selbst bei vorliegendem Patientenwillen. Das Studiendesign zur Sterbehilfe in beiden Ländern

differiert ebenfalls: In Israel waren häufig Bezüge zu Religion, Moral und Familie als Entscheidungsfaktoren eingeschlossen.

Hinsichtlich der legalen Sterbehilfeformen lassen sich für Deutschland und Israel also ähnliche Zustimmungsraten feststellen, wobei nochmals auf die schmale Datenbasis der israelischen Untersuchungen insgesamt hingewiesen werden muss. Bei aktiver Sterbehilfe sinkt in beiden Ländern die Zustimmung bei Patienteneinwilligung deutlich, wobei sie mit 50 – 60% immer noch hoch erscheint, da dieses Vorgehen unter Strafe gestellt ist.

6.4 Einstellung zur Selbstbestimmung bei Entscheidungen am Lebensende in der Arzt-Patienten-Beziehung

6.4.1 In Deutschland

Relevante Studien:

- Voltz R, Akabayashi A, Reese C, Ohi G und Sass H-M (1998)
- Voltz R, Akabayashi A, Reese C, Ohi G und Sass H-M (1999)
- Vincent J-L (1999)
- Rittner C, Weber M, Stiehl M und Reiter J (2001)
- Roy D, Eibach U, Roehrich F J, Faust J und Schaefer K (2002)
- Borasio G D, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H und Zierz S (2004)
- Oorschot B v, Lipp V, Tietze A, Nickel N und Simon A (2005)
- Lang-Welzenbach M, Fasching P A und Vollmann J (2005)
- Burchardi N, Rauprich O und Vollmann J (2005)
- Sprung C L, Woodcock T und Sjøkvist P (2008)
- Allensbach (2010)
- Schimmer C, Gorski A, Özkur M, Sommer S-P, Hamouda K, Hain J, Aleksic I und Leyh R (2011)

Die Studienergebnisse lassen Rückschlüsse auf die Einstellung des deutschen medizinischen Fachpersonals zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten bei Fragen bezüglich des Lebensendes und ihren Umgang damit zu. In der Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach aus dem Jahr 2010 haben 64% der 527 befragten Ärzte angegeben, dass „zum Selbstbestimmungsrecht eines Patienten gehört, den Zeitpunkt seines Todes selbst zu bestimmen“ (Institut für Demoskopie Allensbach 2010,S.15). Borasio stellt in seiner 2004 an 152 neurologischen Chefärzten durchgeführten Befragung eine noch

höhere Zustimmung fest: 99% der Befragten sind der Meinung, dass ein terminal erkrankter, geschäftsfähiger Patient, das Recht hat, lebensverlängernde Maßnahmen abzulehnen (Borasio et al. 2004). Der Rücklauf dieser Untersuchung ist mit 37% außerordentlich gering und die Gruppe der Befragten selektiert (siehe oben). Die außerordentlich hohe Zustimmung ist zum Teil sicherlich auch darauf zurückzuführen.

Diese beiden Untersuchungen zeigen, dass das Recht sowie der Anspruch des Patienten auf Selbstbestimmung von deutschen Ärzten gesehen werden. Eine Voraussetzung für die Ausübung von Autonomie ist, dass die Patienten vom Arzt aufgeklärt und hinreichend informiert werden, um dann eine Therapieentscheidung im Rahmen ihrer individuellen Präferenzen treffen zu können. Schlägt sich also der hohe Stellenwert, den deutsche Ärzte der Selbstbestimmung des Patienten einräumen, in ihrem Umgang mit Patienten und ihren Angehörigen nieder?

Im Rahmen der Ethicusstudie wurde das Gesprächsverhalten von Ärzten mit Patienten und ihren Angehörigen in Europa untersucht. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede (Cohen S. et al. 2005). In nordeuropäischen Ländern wird signifikant häufiger mit dem Patienten und seinen Angehörigen gesprochen als in südeuropäischen Ländern. In der Gruppe der mitteleuropäischen Länder, zu denen Deutschland gehört, wurden 3% der Therapieentscheidungen mit dem Patienten und 66% mit den Familienangehörigen besprochen. Mit den Patienten wurde nur in sehr wenigen Fällen direkt gesprochen. Dies wird dadurch erklärt, dass das Probandenkollektiv der Studie ausschließlich aus Patienten von Intensivstationen bestand; 94% der Patienten waren im Untersuchungszeitraum nicht bei Bewusstsein oder nicht einwilligungsfähig. Daher war ein Gespräch mit dem Patienten direkt meist nicht möglich. Als Gründe, nicht mit den Angehörigen über die Therapiebegrenzung zu sprechen, werden mit absteigender Häufigkeit angegeben: Nichtansprechen des Patienten auf die Therapie, Unerreichbarkeit der Familie, kein Verständnis der Sachlage seitens der Familie zu erwarten.

Eine weitere Studie untersucht das Gesprächsverhalten deutscher Ärzte auf Intensivstationen. Vincent führte 1999 in 12 europäischen Ländern eine Untersuchung zum Verhalten am Lebensende bei 504 Intensivärzten durch (Vincent 1999). Die 72 deutschen Probanden sind Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Intensivmedizin. 49% der deutschen Ärzte gaben an, Entscheidung über Therapiebegrenzungen mit dem Patienten zu besprechen; 89% führten darüber ein Gespräch mit der Familie.

Eine im Aufbau sehr ähnliche Studie von Schimmer et al. untersuchte 2011 die Faktoren, welche die Entscheidung zur Therapiebegrenzung auf deutschen Intensivstationen beeinflussen (Schimmer et al. 2011). Dazu wurden 60 Chefarzte und Intensivmediziner

sowie 26 Pfleger befragt. Das Antwortverhalten der Befragten war außerordentlich zurückhaltend, der Rücklauf betrug nur 36,3%. Die Studie zeigte, dass gut die Hälfte der Befragten ethische Aspekte in ihrer Entscheidungsfindung zur Therapiebegrenzung berücksichtigen. Der Wille des Patienten zum Verzicht oder Abbruch der Therapie spielte bei 40,7% eine Rolle. In dieser Studie zeigt sich im Gegensatz zu den oben angeführten empirischen Untersuchungen, weniger Interesse an der Haltung der betroffenen Patienten.

Häufiges Thema in Gesprächen über Entscheidungen am Lebensende ist die Patientenverfügung. Die Patientenverfügung bietet die Möglichkeit, den letzten Lebensabschnitt nach eigenem Willen zu gestalten (Sahm 2006). Damit ist sie eine Möglichkeit, Selbstbestimmung auszuüben zu einem Zeitpunkt, an dem man selbst nicht mehr einwilligungsfähig ist. „Mit Patientenverfügungen ... nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr“ konstatiert die Bundesärztekammer in ihren Grundsätzen zur Sterbebegleitung (Bundesärztekammer 2011, S.348).

Die Studienergebnisse bestätigen, dass sowohl Patienten als auch Ärzte der Patientenverfügung eine hohe Bedeutung beimessen. In der 2001 von Rittner durchgeführten Studie schätzten 79,3% der 427 befragten Ärzte die Patientenverfügung als „sehr wichtig“ ein und 83,5% sahen sie als verbindlich an (Rittner et al. 2001). Ebenso sah ein Großteil der 100 von Roy 2002 in einer qualitativen Interviewstudie zur Patientenverfügung befragten Patienten diese als Antwort auf ein Autonomiebedürfnis am Lebensende (Roy et al. 2002).

In anderen Studien werden ähnlich hohe Zustimmungsraten für die Patientenverfügung von Seiten der Ärzteschaft beschrieben: Voltz befragte 29 deutsche Ärzte und Pfleger, ob sie in einem hypothetischen Fall einer schwerkranken Patientin zum Aufsetzen einer Patientenverfügung raten würden. 100% der Befragten würden dies tun (Voltz et al. 1999). In einer weiteren Studie befragte Voltz 34 deutsche Ärzte und Pfleger nach ihrer Einstellung zur Patientenverfügung. 100% der Befragten betrachteten die Patientenverfügung als sinnvoll. Allerdings fühlen sich nur 62% der Probanden bei der Beratung zur Patientenverfügung wohl (Voltz et al. 1998). Unter anderem dadurch lässt sich vermutlich erklären, dass im Vergleich zur Zustimmung zur Patientenverfügung eher seltener mit dem Patienten darüber gesprochen wird: nur 29% der befragten Ärzte in der oben beschriebenen Studie von Vincent besprechen die Patientenverfügung und ihre Inhalte mit dem Patienten. Allerdings führen 86% der Befragten ein Gespräch mit den Angehörigen über die Patientenverfügung (Vincent 1999). Diese Zahlen beziehen sich auf Inten-

sivmediziner, deren Patienten häufig nicht ansprechbar oder nicht einwilligungsfähig sind.

Oorschot konnte zeigen, dass 52% der 727 von ihr befragten Klinikärzte durch die Patientenverfügung eine Verbesserung der Kommunikation mit den Patienten erleben. 95% der befragten Ärzte betonen die Patientenverfügung als Entscheidungshilfe (Oorschot et al. 2005).

Die qualitative Interviewstudie an 13 Hausärzten, die 2005 von Burchardi et al. durchgeführt wurde, zeichnet ein ähnliches Bild (Burchardi et al. 2005). Ein großer Teil der Befragten gab an, sich bei lebensbedrohlich erkrankten Patienten für die Erstellung einer Patientenverfügung einzusetzen, weil sie eine wichtige Informationsquelle für die klinische Entscheidungsfindung sei (Burchardi et al. 2005, S.68).

Die Patientenverfügung wird also von vielen Ärzten als Hilfe für die Entscheidungsfindung mit dem Patienten im klinischen Alltag gesehen. Über die Patientenverfügung hinaus wird betont, dass eine engmaschige Aufklärung und viele Gespräche unerlässlich sind, um mit dem Patienten für ihn zufriedenstellende Therapieentscheidungen zu treffen (Lang-Welzenbach et al. 2005). So ist die Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten im klinischen Alltag und im Falle körperlicher Einschränkungen möglich.

6.4.2 In Israel

Relevante Studien:

- Leichtentritt R Deutschland und Rettig K D (1999)
- Sadan B und Chajek-Shaul T (2000)
- Leichtentritt R Deutschland und Rettig K D (2002)
- Soundry E, Sprung C L, Levin P D, Grunfeld G B und Einav S (2003)
- Wenger N S und Carmel S (2004)
- Cohen A, Sprung C L, Sjøkvist P, Lippert A, Ricou B, Baras M, Hovilehto S, Maia P, Phelan D, Reinhart K et al. (2005)
- Ganz F D, Benbenishty J, Hersch M, Fischer A, Gurman G und Sprung C L (2006)

In der bereits erwähnten Ethicusstudie konnte zum Gesprächsverhalten der untersuchten Ärzte aus südeuropäischen Ländern, zu denen Israel in dieser Untersuchung gezählt wurde, festgestellt werden, dass 1% der Therapieentscheidungen mit dem Patienten und

47% mit Familienangehörigen besprochen werden (Cohen S. et al. 2005). Die geringe Zahl der einbezogenen Patienten ist auch vor dem Hintergrund zu verstehen, dass der größte Teil der Patienten zum Untersuchungszeitpunkt bewusstlos oder nicht einwilligungsfähig war.

Eine präzisere Auswertung der Ethicusdaten speziell für Israel bietet Ganz (Ganz et al. 2006). Er stellte fest, dass weniger als die Hälfte der Therapieentscheidungen mit dem Patienten oder seinen Angehörigen besprochen wurden: 36% der Familien wurden in Entscheidungen über Therapiebegrenzungen mit einbezogen. In 27,8% der Fälle wurden die Angehörigen nur über die Therapieentscheidung informiert, haben aber selbst nicht an der Entscheidungsfindung teilgenommen. Als Gründe, die Familie nicht mit einzubeziehen, wurde von den befragten Ärzten angegeben: der Patient spräche nicht in gewünschtem Maße auf die Therapie an, die Therapie sei daher abgebrochen worden, die Angehörigen würden die Gesamtsituation nicht verstehen können und die Familie sei nicht auffindbar gewesen (Ganz et al. 2006). Der Autor schließt daraus, dass eine vorwiegend paternalistische Einstellung zur Arzt-Patienten-Beziehung unter israelischen Ärzten noch immer vorherrsche.

Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch Sadan in einer 2001 an 81 Patienten und 21 Ärzten (kein Rücklauf angegeben) durchgeführten quantitativen Untersuchung zu Haltungen gegenüber Patientenautonomie (Sadan und Chajek-Shaul 2000). Die Mehrheit der Ärzte äußert dabei die Ansicht, dass sie die klare Richtung im Gespräch zwischen Arzt und Patient vorgeben.

Soundry hat die wichtigsten Faktoren, welche für Ärzte bei der Entscheidung zur Therapiebegrenzung bedeutend sind, untersucht (Soundry et al. 2003). Medizinische Charakteristika des Patienten standen dabei im Vordergrund wie eine irreversible Schädigung oder eine chronische Erkrankung. Weiterhin war für 51% der befragten Ärzte ihre persönliche Sichtweise einer der wichtigsten Faktoren bei der Entscheidung zur Therapiebegrenzung. Die Lebensqualität des Patienten aus Sicht des Patienten selbst und aus Sicht des Arztes wurde mit jeweils 49% als gleichbedeutend eingeschätzt. Auch in dieser Studie wird eine eher paternalistische Sicht der israelischen Ärzte deutlich. Die Faktoren, die für eine Therapiebegrenzung nach Meinung der befragten Ärzte entscheidend sind, sind sehr arztzentrisch. Die persönliche Meinung wird der Einschätzung des Patienten gleichgesetzt. Die Autoren schlussfolgern aus den Ergebnissen ihrer Studie, dass der Patientenautonomie im Arzt-Patienten-Verhältnis kein großer Platz eingeräumt wird (Soundry et al. 2003).

In einer von Wenger an 449 Ärzten (Rücklauf: 72%) durchgeführten Untersuchung ist die Einstellung zur Kommunikation mit Patienten von israelischen Ärzten und ihr Kommunikationsverhalten untersucht worden (Wenger und Carmel 2004). 71,7% der befragten Ärzte sprachen sich dafür aus, dass ein Arzt seine Patienten über eine tödliche Krankheit aufklären sollte. Die Fragen zum konkreten Gesprächsverhalten der Ärzte zeigen ein anderes Bild. Die Fragen, ob sie einen Patienten im präfinalen Zustand über seine Prognose aufklären, ob sie versuchen die Wünsche des Patienten für lebensverlängernde Maßnahmen zu explorieren und ob sie mit Patienten im präfinalen Zustand die Behandlung absprechen, sind recht verhalten beantwortet worden. Im Mittel ist die Antwort indifferent, also die in den Fragen angesprochen Verhaltensweisen werden weder durchgeführt noch abgelehnt. Aus den Ergebnissen dieser Studie lässt sich ein auf Gespräche mit dem Patienten ausgerichtetes Verhalten von Seiten der Ärzte nicht ableiten.

Zusammenfassend lässt sich aus den Studienergebnissen schließen, dass israelische Ärzte in der Tendenz durch ihr Gesprächsverhalten die Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten nicht fördern und einen eher paternalistischen Umgang mit den Patienten zeigen.

Welchen Stellenwert hat die Patientenverfügung als Instrument für Selbstbestimmung in Israel?

Im Dying Patient Act, dem 2005 erlassenen israelischen Gesetz zu Fragen bezüglich des Lebensendes, werden Regelungen zur Patientenverfügung erstmals gesetzlich festgelegt (Steinberg und Sprung 2007). Die Bedeutung der Patientenverfügung als Voräußerung des Patientenwillens wird anerkannt. Wie die Studienergebnisse zeigen, scheint sie jedoch im Bewusstsein der Ärzte und der Öffentlichkeit wenig Aufmerksamkeit zu genießen. Es gibt keine empirischen Untersuchungen, welche die Einstellung oder den Umgang von Ärzten, Patienten oder der israelischen Bevölkerung mit der Patientenverfügung untersuchen. In keiner der recherchierten Studien taucht eine Frage zur Patientenverfügung auf.

Die israelische Gesellschaft ist kollektivistisch orientiert (Gross 1999). „Das Individuum [ist] immer ein Mitglied sozialer, familiärer oder nationaler Strukturen...“ (Saar 2005,S.93). Die ausgeprägte israelische Sozialperspektive wird besonders in den Studien Leichtentritts und Rettigs deutlich. Die Autorinnen haben zumeist ältere Probanden und von ihnen ausgewählte Familienmitgliedern interviewt, um das Verhältnis von individueller Einstellung und Familieneinstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes zu untersuchen. In den Einstellungen der Probanden tritt eine starke soziale Verbundenheit deutlich zu Tage. Die Konsequenzen für die Familie und das soziale Umfeld bei einer

Entscheidung am Lebensende haben eine sehr hohe Bedeutung (Leichtentritt und Rettig 1999b, 2002). Die Studienergebnisse zeigen den geringeren Stellenwert der individuellen Autonomie in Israel. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist eher paternalistisch strukturiert, die Patientenverfügung genießt keinerlei Aufmerksamkeit.

6.4.3 Vergleich der Einstellung zur Selbstbestimmung in der Arzt-Patienten-Beziehung

In Deutschland wird dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten im medizinethischen Diskurs eine zentrale Rolle eingeräumt. Selbstbestimmung ist eine Schlüsselvoraussetzung für die Durchführung einer Therapie oder auch deren Begrenzung (Möller et al. 2008). Sie ist bei Therapieentscheidungen in Form der Einwilligung in diese Behandlung neben der medizinischen Indikation für diese Therapie die entscheidende Komponente. Das gilt auch für Entscheidungen, die zum eigenen Tod führen können, wie das OLG München bekräftigt. „Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten schließt auch die Selbstbestimmung zum Tod ein“ (OLG München 1987, S.2945).

Aus der Zusammenschau der Studienergebnisse für Deutschland lässt sich sagen, dass die Mehrheit der Ärzte das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung wahrnimmt. Dennoch illustrieren die Studienergebnisse, dass sich ihr Gesprächsverhalten nicht immer mit dieser Einstellung deckt. Zwar wird gezeigt, dass sie Patienten und besonders ihre Angehörigen in vielen Fällen in die Therapieentscheidungen mit einbeziehen. Je nach empirischer Untersuchung ist dies aber auch in zahlreichen Fällen nicht der Fall. Der Patientenverfügung stehen die deutschen Ärzte sehr positiv gegenüber und betrachten sie in großer Mehrheit als ein sinnvolles Instrument und als Hilfestellung für Therapieentscheidungen. Was, die Studienlage insgesamt betrachtet, auffällt, ist, dass die Einstellung der Patienten selbst zu Selbstbestimmung bei Therapieentscheidungen und Patientenverfügung durch die Studien nicht untersucht wird. Wie schon weiter oben gezeigt, besteht bei den empirischen Untersuchungen aus Deutschland eine einseitige Fokussierung auf die Ärzteschaft.

In Deutschland herrscht ein individualistisch geprägtes Sozialverständnis vor (Saar 2005). Der individuellen Autonomie und Unabhängigkeit wird eine zentrale Rolle eingeräumt, was sich deutlich in der deutschen Gesellschaft niederschlägt (Näheres siehe Kap. 4.1.3). „Soziale Strukturen haben eine eher gesellige und nicht existentielle Funkti-

on.“ (Saar 2005, S. 94). Durch das Gesprächsverhalten der deutschen Ärzte und Instrumente wie die Patientenverfügung wird dem Individuum eine Verfügungsmöglichkeit über sich selbst über die Zeit körperlicher und geistiger Unversehrtheit hinaus geboten und damit die Verwirklichung individueller Lebensvorstellungen ermöglicht.

Für die israelische Seite lässt sich aus den Studienergebnissen ableiten, dass die befragten Ärzte dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten kaum einen Stellenwert einräumen. Sie sprechen häufig nicht mit Patienten und deren Angehörige über Therapieentscheidungen. Darüber hinaus spielt die Einschätzung des Patienten gegenüber diesen Entscheidungen eine untergeordnete Rolle. So urteilt ein Großteil der israelischen Studienautoren, dass die israelische Ärzteschaft eine stark paternalistische Haltung in der Arzt-Patienten-Beziehung hat. Besonders auffällig ist, dass aus Israel keine Untersuchung zur Einschätzung der Patientenverfügung weder der Patienten noch des medizinischen Fachpersonals vorliegt.

Bei der Einstellung zur Selbstbestimmung lassen sich Unterschiede zwischen Deutschland und Israel feststellen. Gemessen daran, wie viele Informationen den Patienten im gemeinsamen Gespräch geliefert werden und der Bedeutung, die der Patientenverfügung beigemessen wird, wird der Selbstbestimmung des Patienten in Deutschland ein größerer Stellenwert einräumt als in Israel.

Die Studienergebnisse lassen sich in Hinblick auf die gesellschaftlichen Verhältnisse in Deutschland und Israel interpretieren. In Israel herrscht ein starker Sozialpaternalismus. Die Interessen der Gemeinschaft, das Schicksal der Gruppe stehen über den individuellen Wünschen des Einzelnen (Gross 1999). Daher werden Therapieentscheidungen eher an den Arzt oder die Familie abgegeben als in Deutschland.

Deutschland dagegen ist ein individualistisch geprägtes Land mit weniger Sozialzusammenhalt als in Israel (Saar 2005). Daher soll den Patienten auch weitestgehend die Möglichkeit eingeräumt werden, ihre individuellen Wünsche in Therapieentscheidungen geltend zu machen.

Vom Standpunkt der Patienten aus beleuchtet, zeigt sich durch die Studienlage eine Gemeinsamkeit zwischen beiden Ländern. In beiden ist die Patientensicht stark unterrepräsentiert. Es liegen keine Studien vor, welche die Einstellung von Patienten zum Gesprächsverhalten des medizinischen Fachpersonals, ihrer Einbeziehung in Therapieentscheidungen oder zur Patientenverfügung untersuchen.

6.5 Einfluss von Religion auf die Einstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes

6.5.1 In Deutschland

Relevante Studien:

- Vincent J-L (1999)
- Schröder C, Schmutzer G, Klaiberg A und Brähler E (2003)
- Sprung C L, Cohen L S, Sjøkvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D et al. (2003)
- Müller-Busch H C, Odoncu F S, Woskanjan S und Klaschik E (2004)
- Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G und Deliëns L (2006)
- Allensbacher Berichte (2008)

In allen in Deutschland durchgeführten Studien, sowohl bei Befragungen von Fachpersonal als auch von Laien, in denen die Religionszugehörigkeit der Probanden in die Untersuchung mit eingeschlossen wurde, zeigt sich ein Einfluss der Konfession auf die Einstellung zu Sterbehilfe. Konfessionell gebundene Probanden zeigen tendenziell eine etwas höhere Ablehnung für Sterbehilfe als konfessionslose (Schröder et al. 2003). Allerdings ist der Einfluss nicht sehr ausgeprägt. In der Untersuchung von Müller-Busch an 251 Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Rücklauf: 61%) gaben nur 27,9% der Befragten an, dass für sie die religiöse Überzeugung bei der Haltung gegenüber Sterbehilfe eine Rolle spiele. Dagegen legten 82,9% ihrer Haltung persönliche ethische Werte zugrunde (Müller-Busch et al. 2004).

Cohen stellt beim Vergleich 33 europäischer Länder ebenfalls eine Korrelation zwischen Religiosität und Akzeptanz von Sterbehilfe fest. Länder, die durch ein „hohes Niveau religiösen Glaubens“ (Cohen J. et al. 2006, S.751) geprägt sind, verzeichnen eine geringere Akzeptanz von Sterbehilfe im Vergleich zu Ländern mit einem hohen Maß an Selbstbestimmung, welche der Sterbehilfe aufgeschlossener gegenüberstehen (Cohen J. et al. 2006). Cohen stellt weiterhin fest, dass in Deutschland die Unterschiede zwischen den religiösen Gruppen und Konfessionslosen recht gering sind.

Diese Ergebnisse werden in anderen Studien bestätigt. In der Befragung der deutschen Bevölkerung durch das Institut für Demoskopie Allensbach 2008 zum Thema Sterbehilfe sprachen sich 50% der Katholiken, 56% der Protestanten und 65% der Konfessionslosen für die aktive Sterbehilfe aus. Die Verteilung für die Akzeptanz der passiven Sterbehilfe ist ähnlich: 64% der Katholiken, 73% der Protestanten und 78% der Konfessionslosen waren für die passive Sterbehilfe (Allensbacher Berichte 2008). Die Unterschiede

zwischen den Konfessionsgruppen sind nicht sehr groß. Wie auch in der Studie von Müller-Busch gezeigt, scheint die Religion in Deutschland kein primärer Einflussfaktor für die Haltung gegenüber Sterbehilfe zu sein. Relevanz behält die religiöse Überzeugung dennoch, da in den folgenden empirischen Untersuchungen gezeigt werden konnte, dass sich Behandlungsmaßnahmen je nach Religionszugehörigkeit des Arztes unterscheiden können.

Vincent konnte in seiner Untersuchung zum Umgang von Intensivmedizinern aus 11 europäischen Ländern mit lebenserhaltenden Maßnahmen zeigen, dass katholische Ärzte ein wenig zögerlicher mit Therapiebegrenzungen als protestantische oder konfessionslose Ärzte waren (Vincent 1999).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Sprung in der Ethicusstudie: zum Verzicht auf lebenserhaltende Therapiemaßnahmen kam es bei 41% der von einem katholischen Arzt behandelten Patienten. Dagegen wurde bei 49% der von einem protestantischen Arzt und bei 51% der von einem konfessionslosen Arzt behandelten Patienten ein Therapieverzicht durchgeführt (Sprung et al. 2003).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Deutschland der Einfluss der evangelischen und katholischen Religion auf die Haltung zu Sterbehilfe eher gering ist. Gleichermäßen sind die Unterschiede Therapiemaßnahmen betreffend bei deutschen Ärzten je nach Religionszugehörigkeit gering. Die Studienergebnisse zeigen, dass für Protestanten und Katholiken in Deutschland der religiöse Hintergrund für Therapieentscheidungen sekundär ist. Gleiches lässt sich auch für die Präsenz religiöser Bezüge in wissenschaftlichen Artikeln zur deutschen Sterbehilfedebatte sagen (Nationaler Ethikrat 2006, Oehmichen und Meissner 2003, Simon 2005).

6.5.2 In Israel

Relevante Studien:

- Carmel S (1997)
- Leichtentritt R Deutschland und Rettig K D (1999)
- Leichtentritt R Deutschland und Rettig K D (2001)
- Musgrave C F, Margalith I und Goldsmidt L (2001)

- Wenger N S und Carmel S (2004)
- Jakobson D J, Eidelman L A, Worner T M, Oppenheim A E, Pizov R und Sprung C L (2004)
- Herzog S (2005)
- Ganz F D, Benbenishty J, Hersch M, Fischer A, Gurman G und Sprung C L (2006)
- Sprung C L, Carmel S, Baras M, Cohen A, Maia P, Beishuizen A, Nalos D, Novak I, Svantesson M et al. (2007)

In israelischen Studien zeigt sich ein mäßig ausgeprägter Einfluss zwischen der Einstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes und der jüdischen Religion. Religiöse Ärzte wünschen mehr lebenserhaltende Maßnahmen als nicht-religiöse (Carmel 1997). Religiöse Krankenpfleger sind skeptischer gegenüber Sterbehilfe eingestellt (Musgrave et al. 2001). Religiöse Bürger beurteilen die aktive Sterbehilfe als Straftat schwerwiegender als nicht-religiöse und fordern höhere Strafen dafür: 15,9% der religiösen Befragten fordern eine lebenslange Gefängnisstrafe für aktive Sterbehilfe gegenüber 7,9% nicht-religiöser Bürger (Herzog 2005). Religiöse Argumente werden immer wieder von den in den Interviews von Leichtentritt und Rettig befragten Laien vorgebracht, um eine ablehnende Haltung der Probanden zu Sterbehilfe zu begründen. (Leichtentritt und Rettig 1999b, 2001).

Wenger untersuchte 2004 den Einfluss der Religiosität des Arztes auf seine Haltung zur Behandlung am Lebensende in Israel. Probanden waren 443 jüdische Ärzte (Rücklauf: 72%) (Wenger und Carmel 2004). Die Studie zeigte, dass religiöse Ärzte generell sowohl in Meinung als auch im Verhalten eine Verlängerung des Lebens favorisierten. Für nur 10,8% der religiösen Ärzte gab es Situationen, in denen lebenserhaltende Maßnahmen ausgesetzt werden sollten, gegenüber 50,7% der nicht-religiösen Ärzte. Religiöse Ärzte waren signifikant weniger bereit, den Wunsch seitens der Patienten nach Behandlungsverzicht zu akzeptieren oder die Behandlung eines stark leidenden Patienten abzubrechen (Wenger und Carmel 2004).

Diese Ergebnisse bestätigen die Ethicusstudie. Bei 81% der von jüdischen Ärzten behandelten Patienten kam es zum Therapieverzicht (Sprung et al. 2007b). Damit ist Israel als Land mit europäischem Hintergrund dasjenige, in dem es auf Intensivstationen am meisten zum Verzicht auf Behandlungsmaßnahmen kommt (Ganz et al. 2006). Therapieabbrüche sind dagegen nur singuläre Ereignisse (Jakobson et al. 2004). Die mittlere Zeit von der Aufnahme auf Intensivstation bis zur Begrenzung der Therapiemaßnahmen betrug bei jüdischen Ärzten 3,8 Tage, bei Ärzten ohne religiöses Bekenntnis 2,4 Tage. Die Religiosität des behandelnden Arztes kann in Israel also zu einer unterschiedlichen Fürsorge am Lebensende führen, denn jüdische Ärzte lassen tendenziell mehr Zeit verge-

hen, bis sie die Begrenzung von Therapiemaßnahmen einleiten und neigen dann eher zum Therapieverzicht als zum -abbruch.

Bei Betrachtung der israelischen Studienergebnisse fällt auf, dass viele Probanden, die sich als wenig religiös oder säkular eingestuft haben, trotzdem Regeln folgen, die einen religiösen Ursprung haben wie zum Beispiel das Verbot des Therapieabbruchs. Denn nach jüdischem Glauben ist eine Handlung, welche den Sterbeprozess beschleunigt, verboten (Barilan 2003b).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bei den israelischen empirischen Untersuchungen ein signifikanter Unterschied zwischen religiösen und nicht-religiösen Befragten besteht. Religiöse Befragte befürworten vermehrt lebenserhaltende Therapiemaßnahmen und zeigen eine ablehnendere Haltung gegenüber Sterbehilfe.

6.5.3 Vergleich des Einflusses von Religion auf Fragen bezüglich des Lebensendes

Bei der Bewertung der Religiosität der Probanden in den vorgestellten empirischen Untersuchungen stellt sich die Frage, inwieweit durch die im Fragebogen gestellten Fragen wirklich der religiöse Glaube des Probanden erfasst wird, also wie in diesen Studien Religion und Religiosität operationalisiert wurden. Bei wenigen Studien wurde direkt gefragt, ob die Religion die Einstellung zu Sterbehilfe beeinflusst. Bei einem Großteil der Studien wurde nur die Religionszugehörigkeit der Probanden erfasst und diese dann mit dem Antwortverhalten korreliert. Dies sagt allerdings wenig über die Stärke des Glaubens aus. Dieses Problem findet sich in zahlreichen Studien (Gielen et al. 2009). Der Komplexität des Phänomens Religion wird in den empirischen Fragebögen wenig Beachtung geschenkt. Dies sollte bei der Interpretation der Studienergebnisse, der israelischen wie der deutschen, berücksichtigt werden.

In beiden Ländern lässt sich ein Unterschied in der Einstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes von religiösen und nicht-religiösen Befragten feststellen. Die Studienergebnisse demonstrieren, dass sich religiöse Befragte der Sterbehilfe gegenüber generell ablehnender zeigen, wobei der Unterschied bei Protestanten am geringsten, bei Angehörigen jüdischen Glaubens am größten ist. Das betrifft medizinisches Fachpersonal und die Bevölkerung gleichermaßen.

Es kann festgestellt werden, dass der Einfluss der Religion auf die Einstellung zu Sterbehilfe in Deutschland nicht stark ausgeprägt ist. Deutschland ist ein säkularisiertes Land, der Stellenwert der Religiosität ist zweitrangig (Pollack und Pickel 1999). Religiöse Probanden zeigen sich zwar ablehnender gegenüber der Sterbehilfe als nicht-religiöse Probanden, wobei die Ablehnung bei Katholiken stärker ausgeprägt ist als bei Protestanten; ihre Zustimmung ist dennoch relativ hoch. In Deutschland herrscht eine rege öffentliche Debatte zum Thema Sterbehilfe, die größtenteils von nicht-religiösen Argumenten bestimmt wird. (siehe Kapitel 4) Die spezifische Religion steht dabei generell eher im Hintergrund. Denn hinzukommt, dass die katholische und evangelische Kirche in Deutschland der Sterbehilfe mit unterschiedlicher Offenheit gegenüberstehen. Für die evangelische Kirche stellt die passive Sterbehilfe unter Umständen eine gebotene Therapieentscheidung dar. Sie kann außerdem auch Verständnis für den Wunsch von Schwerstkranken nach aktiver Sterbehilfe und ärztlich-assistiertem Suizid aufbringen (Kirchenamt der evangelischen Kirche in Deutschland 2002). Dies steht im Gegensatz zur Sichtweise der katholischen Kirche, die aktive Sterbehilfe und ärztlich-assistierten Suizid strikt ablehnt (Näheres siehe Kapitel 4.1.2). Durch die Präsenz von zwei großen christlichen Kirchen in Deutschland erhält die Debatte also eine größere Vielfalt und ist weniger kategorisch. Insofern hat auch das religiöse Bekenntnis keinen Haupteinfluss auf die Haltung der Deutschen zu Sterbehilfe.

In Israel zeigt sich in den Studienergebnissen bei Ärzten tendenziell ein größerer Einfluss der Religiosität auf die Einstellung zu Sterbehilfe als in Deutschland. Religiöse Ärzte in Israel waren in viel geringerem Maß als religiöse Ärzte in Deutschland bereit, Behandlungsbeschränkungen durchzuführen. Die Datenlage zum Einfluss der Religion auf die Einstellung der Bevölkerung zu Sterbehilfe ist sehr lückenhaft. Es kann festgehalten werden, dass in beiden Ländern konfessionslose bzw. weniger religiöse Befragte der Sterbehilfe aufgeschlossener gegenüberstehen. Die Studienergebnisse lassen keine Aussage darüber zu, ob dabei Unterschiede zwischen beiden Ländern bestehen und wie ausgeprägt diese sind. Im Allgemeinen sind die Unterschiede nicht so groß wie man im Vorfeld vielleicht erwartet hätte, besonders da religiöse Argumente in der israelischen Sterbehilfedebatte eine große Rolle spielen. Bei der Auswertung der Studienergebnisse fällt jedoch besonders auf, dass religiöse Gebote auch auf Probanden, die sich als nicht-religiös einschätzen, einen großen Einfluss haben und befolgt werden, wie es am Beispiel des Therapieabbruchs deutlich wird. In Israel ist das Judentum stark in den Staat integriert. Kultur und Religion verschmelzen sehr intensiv, so dass über ausschließlich religiöse Überzeugungen hinaus eine deutliche Prägung durch diese kulturell-religiösen jüdischen Werte besteht (Dorff und Newman 1995).

7. Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Metaanalyse offenbaren vielfältige Einstellungen und Verhaltensweisen von medizinischem Fachpersonal und der Bevölkerung in Deutschland und Israel gegenüber Fragen am Lebensende. Mit Hilfe der gewonnenen Daten sollen nun die eingangs angeführten Fragestellungen beantwortet werden. Die Einstellungen und Verhaltensweisen, die sich aus den Studienergebnissen, wie in Kapitel 6 gezeigt, ergeben haben, sollen kritisch hinterfragt werden. Daneben werden weitere Punkte, die bei der Analyse der Studienergebnisse aufgefallen sind, diskutiert werden. Da es für das Verständnis ethischer Aspekte von Verhaltensweisen und Einstellungen bei Fragen bezüglich des Lebensendes unerlässlich ist, die dahinterstehende kulturelle Prägung zu berücksichtigen (Turner 2005), werden die Resultate explizit im Hinblick auf den kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund in Deutschland und Israel interpretiert werden. Es soll geklärt werden, inwieweit es möglich ist, Zusammenhänge zwischen den Einstellungen zu ethischen Fragen am Lebensende, wie sie durch die empirischen Untersuchungen in Deutschland und Israel deutlich geworden sind, und den kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten in beiden Ländern herzustellen. Dabei werden Punkte wie die Religion, traditionell-historische Gesichtspunkte, sprachliche Aspekte, das jeweilige Sozialverständnis, die Politik etc. berücksichtigt. Lassen sich in der Analyse derartige Zusammenhänge ausmachen, gehe ich davon aus, dass ein Einfluss der kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten in Deutschland und Israel auf die Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Sterbehilfe besteht.

Konfliktfeld Therapieabbruch

Aus den Studienergebnissen wird deutlich, dass die Einstellung des deutschen medizinischen Fachpersonals zur passiven Sterbehilfe bemerkenswerte Auffälligkeiten zeigt. In Deutschland fallen sowohl der Therapieverzicht als auch der Abbruch von Therapiemaßnahmen unter die legale passive Sterbehilfe (siehe Kapitel 2.2). Die Studienergebnisse zeigen jedoch deutlich, dass deutsche Ärzte diese Einschätzung häufig nicht teilen. Denn auffällig oft ordnen sie Situationen, die einen Therapieabbruch beschreiben, der aktiven Sterbehilfe und damit einer illegalen Sterbehilfeform zu. Am ausgeprägtesten zeigt sich diese Tendenz beim Abbruch der maschinellen Beatmung. Zum Teil trat diese Schwierigkeit auch bei Situationen eines Therapieverzichts auf, sie ist aber bei weitem

nicht so ausgeprägt wie beim Therapieabbruch. Das bedeutet, dass eine deutliche Diskrepanz zwischen der Einschätzung von rechtlicher, kirchlicher sowie von berufsethischer Seite in Deutschland, dass der Therapieabbruch legal und geboten sei, und der Einstellung des medizinischen Fachpersonals besteht, wie sie die Analyse der empirischen Studien zeigt. Die Unsicherheit der Ärzte kann im Zusammenhang mit bestimmten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen interpretiert werden. Denn die Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen den Formen der Sterbehilfe werden durch die deutsche Nomenklatur der Sterbehilfeformen begünstigt (siehe Kapitel 4.1.3). Der Nationale Ethikrat hat in den 2006 veröffentlichten Empfehlungen zur Fürsorge am Lebensende eine neue Nomenklatur vorgeschlagen (Nationaler Ethikrat 2006). Die Verwendung der Adjektive „aktiv“ und „passiv“ wird dabei umgangen. Die passive Sterbehilfe wird als „Sterbenlassen“, die aktive Sterbehilfe mit „Tötung auf Verlangen“ bezeichnet. Diese Begrifflichkeiten vermeiden die irreführenden Adjektive „aktiv“ und „passiv“ und legen den Schwerpunkt auf die Beschreibung der ärztlichen Handlungen. Die Schwierigkeiten bei der Zuordnung des Therapieabbruchs zu den legalen Sterbehilfeformen sollten so minimiert werden können. Obwohl diese Nomenklatur mittlerweile seit sechs Jahren bekannt ist, wird sie weder in der Öffentlichkeit noch in der Fachdebatte angenommen. Auch in den Fragebögen der empirischen Studien, die nach 2006 durchgeführt wurden, wird weiterhin von aktiver und passiver Sterbehilfe gesprochen. Diese Nomenklatur ist in Deutschland seit Jahrzehnten gebräuchlich und im Bewusstsein der Bevölkerung und der Ärzte tief verankert und das trotz der großen Schwierigkeiten, die sie bereitet. Diese gesellschaftliche Gewohnheit zu verändern, ist anscheinend sehr schwierig und es wäre wünschenswert, wenn die Medien durch Verwendung der neuen Nomenklatur diese der Öffentlichkeit präsenter machen würden. Ein weiterer Grund für die Unsicherheit deutscher Ärzte bei der Zuordnung von Therapiemaßnahmen zu legalen und illegalen Sterbehilfeformen liegt darin, dass es in Deutschland kein Gesetz gibt, welches explizit die passive Sterbehilfe regelt. Wo die Gesellschaft nicht in der Lage ist, eindeutige Regeln zu schaffen, ist es naheliegend, dass es für medizinisches Fachpersonal ähnlich problematisch ist. Das Fehlen eines eindeutigen Gesetzes begünstigt die Rechtsunsicherheit deutscher Ärzte, wie sie sich in den Studienergebnissen zeigt, erheblich. Die Sorge und die Unkenntnis um vermeintlich illegale Therapiemaßnahmen birgt die Gefahr, dass Patienten gebotene Therapiebegrenzungen versagt werden. Daher lässt sich aus den Studienergebnissen die Schlussfolgerung ziehen, dass es dringend notwendig ist, medizinisches Fachpersonal im Bezug auf Sterbehilfe besser zu schulen. Das wird zu mehr Rechtssicherheit und einer besseren Patientenversorgung führen.

Darüber hinaus legen die Studienergebnisse nahe, dass die in der westlichen Bioethik allgemein akzeptierte Vorstellung (Nationaler Ethikrat 2006), dass kein Unterschied zwischen Handeln und Unterlassen besteht, nicht konkordant mit der Einschätzung deutscher Ärzte ist. Denn viele empfinden hier auch einen Unterschied psychologischer Natur. Der Tod des Patienten ist zwar durch seine Grunderkrankung bedingt, trotz allem verstirbt er nach einer ärztlichen Handlung, nämlich dem Abbruch der Therapiemaßnahmen.

In Israel unterscheidet sich der Umgang mit Therapieabbruch und –verzicht deutlich von dem in Deutschland. Dort werden diese beiden Formen der Therapiebegrenzung moralisch nicht gleich bewertet: Der Ursprung dieser Sichtweise liegt in der Interpretation halachischer Regeln, die durch den großen Einfluss des orthodoxen Judentums auf die Politik in Israel auch gesetzlich verankert ist (Shapira 2006). Der Therapieverzicht ist legal, der Abbruch von kontinuierlich verabreichten Therapien auch auf Wunsch des Patienten nicht gestattet (siehe Kapitel 4.2).

Als ein wichtiges Ergebnis der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass die Analyse der empirischen Studien eine Analogie zwischen dem israelischen Umgang mit dem Therapieabbruch und dem Empfinden deutscher Ärzte deutlich macht. Beide sehen den Therapieabbruch als aktiven Eingriff in das Sterben und verorten ihn daher bei den illegalen Sterbehilfeformen. Die Analyse der Studienergebnisse legt folgerichtig nahe, dass eine Regelung wie die israelische dem Empfinden der Ärzte eher entspricht als die deutsche.

Die Studienergebnisse zum Umgang israelischer Ärzte mit dem Therapieabbruch zeigen, dass sie keine Probleme bei der Zuordnung von Therapieverzicht und -abbruch als legale bzw. illegale Therapiebegrenzungen haben, wie sie bei deutschen Ärzten zu finden ist. Daher stufen israelische Ärzte die Formen der Sterbehilfe korrekt als legal oder illegal ein und handeln mit der israelischen Gesetzeslage konform. Im Gegensatz dazu zeigen deutsche Ärzte wesentlich mehr Schwierigkeiten, bei der korrekten Zuordnung von Sterbehilfeformen als legal oder illegal, denn sie stufen den eigentlich legalen Therapieabbruch als aktive Sterbehilfe und somit als illegal ein. Diese Fehleinschätzung führt dazu, dass Patienten eine eigentlich von Rechtswegen gebotene Therapiebegrenzung aus Angst, sie sei illegal, vermindert zukommt. Spiegelt die israelische Rechtslage, die Empfindungen des medizinischen Fachpersonals also besser wieder, als es in Deutschland der Fall ist? Viele Bioethiker und Ärzte in Israel kritisieren jedoch auch das Verbot des Therapieabbruchs und die daraus folgende Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Daraus lässt sich die Annahme ableiten, dass israelische Ärzte Staatsvorgaben prinzipiell eher als verbindlich respektieren als deutsche Ärz-

te. Soziokulturelle Normen in Israel bieten hier einen Interpretationsansatz. Israel weist ein eher kollektivistisches Sozialverständnis auf. Der Einzelne definiert sich stark über die Gruppe und das Wohl der Gemeinschaft spielt bei individuellen Entscheidungen eine große Rolle. Im Zusammenhang damit ist eine weitere Eigenheit der israelischen Gesellschaft zu sehen. Durch den großen Stellenwert, welcher der Gemeinschaft beigemessen wird, werden die Interessen des Einzelnen eher dem Wohl der Gruppe untergeordnet. Man spricht hier von Sozialpaternalismus (Gross 1999). Ähnliches gilt in Israel für das Verhältnis zwischen Staat und Individuum. Die individuellen Rechte des Einzelnen treten zurück für das Wohl des Staates. Als im Sommer 2011 hunderttausende junge Israelis aus der Mittelschicht gegen die israelische Sozialpolitik demonstrierten, wurde dies in der westlichen Presse in Anbetracht eines rein innenpolitischen, israelischen Themas mit sehr großer Aufmerksamkeit verfolgt. Denn normalerweise sind die israelischen Bürger dem Staat sehr ergeben und haben in der Vergangenheit zahlreiche umstrittene politische Entscheidungen widerstandslos hingenommen (Illouz 2011). Breiter Widerstand gegen staatliche Entscheidungen ist in Israel eher eine Seltenheit. Die paternalistische Grundstruktur der israelischen Gesellschaft bietet einen Erklärungsansatz für die große Gesetzestreue israelischer Ärzte in Fragen der Sterbehilfe.

Die lückenhafte israelische Studienlage lässt bedauerlicherweise keinen detaillierten Blick auf die Einstellung israelischen medizinischen Fachpersonals zu Therapieabbruch und –verzicht zu. Große, repräsentative Befragungen medizinischen Fachpersonals in Israel zu ihrer moralischen Einschätzung von Therapieabbruch und -verzicht liegen nicht vor. Nur in einer einzigen Studie an 45 Intensivmedizinerinnen gab $\frac{1}{3}$ der Befragten an, keinen Unterschied zwischen Abbruch und Verzicht zu sehen (Soundry et al. 2003). Dies lässt erahnen, dass israelische Ärzte den Abbruch und Verzicht von Therapiemaßnahmen vielleicht gleichrangiger bewerten, auch wenn laut Studienlage kein Fall einer Fehl-einordnung dokumentiert wurde. Neue empirische Untersuchungen müssen hier Aufklärung bringen. Trotz der Ähnlichkeit bei der Einschätzung deutscher Ärzte und der israelischen Sichtweise, bleibt nach Analyse der empirischen Studien fraglich, ob deutsche Ärzte eine Regelung wie in Israel, die das Selbstbestimmungsrecht des Patienten deutlich einschränkt, gutheißen würden. Denn die Studienergebnisse zeigen, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten für das medizinische Fachpersonal in Deutschland einen hohen Stellenwert hat.

Ungleiches Interesse an der Einstellung der Akteure

Die hier vorgelegte Analyse der Studien offenbart bemerkenswerte Unterschiede bei den Schwerpunkten der Themen, zu denen in beiden Ländern empirische Untersuchungen durchgeführt wurden. Das Maß, in dem die Meinungen der betroffenen Akteure, dem medizinischen Fachpersonal und der Bevölkerung, untersucht wurden, unterscheidet sich in Deutschland und Israel stark.

Ein großer Teil der Studien aus Deutschland beschäftigt sich mit der Einstellung des medizinischen Fachpersonals beispielsweise zu aktiver Sterbehilfe. Die zahlreichen vorliegenden Untersuchungen lassen sich dadurch erklären, dass die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe, das Thema ist, welchem in der deutschen Debatte um Sterbehilfe die größte Aufmerksamkeit gewidmet wird. Die große Anzahl an Studien zu diesem Thema lässt sich dahingehend interpretieren, dass in Deutschland Wert darauf gelegt wird, die Haltung der betroffenen Parteien zu kennen. Dies steht im Gegensatz zur Situation in Israel. Hier gibt es keine einzige Studie, welche die Einstellung der Ärzte zum Therapieabbruch und zu aktiver Sterbehilfe beleuchtet. Dies ist besonders brisant unter der Hinsicht, dass in Israel in den Jahren 2002-05 die gesetzlichen Regelungen zum Umgang mit Sterbehilfe reformiert wurden. Dies geschah zwar unter Einbeziehung von Experten, die Einstellung des betroffenen medizinischen Fachpersonals dazu wurde jedoch nicht exploriert und konnte so den Inhalt des neuen Gesetzes nicht beeinflussen. Auch an dieser Stelle lässt sich ein Zusammenhang zwischen den empirischen Untersuchungen und der paternalistischen Grundhaltung des Staates Israel ziehen.

In der Auswertung der Studienergebnisse fiel für beide Länder gleichermaßen auf, dass die Patientensicht nur in vereinzelten Studien untersucht wurde. Über die Einstellung von Patienten zu den verschiedenen Sterbehilfeformen ist damit kaum etwas bekannt. Dies mag mitunter daran liegen, dass es sich bei schwerkranken Patienten, die von Sterbehilfe unmittelbar betroffen wären, um eine ausgesprochen vulnerable Klientel handelt und Scheu davor bestehen mag, sie in empirische Untersuchungen mit einzuschließen. Dies verhindert jedoch eine genauere Untersuchung darüber, welchen Einfluss der Faktor der Betroffenheit auf die Einstellung zu Sterbehilfe hat.

Auch über die Einstellung der israelischen Bevölkerung zu Sterbehilfe ist wenig bekannt. Es sticht hervor, dass es in Israel keine große repräsentative Befragung der Bevölkerung gibt, welche die Einstellung zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe oder der Patientenverfügung untersucht. Auch Erhebungen mit geringer Probandenzahl liegen praktisch nicht vor. Einzig einige qualitative Studien von Leichtentritt und Rettig lassen andeutungsweise einen Rückschluss auf die Einstellung zu Sterbehilfe der israelischen

Befragten zu. Die Debatte um Sterbehilfe in Israel wird geführt, ohne dass bekannt ist, welche Positionen und welches Empfinden in der Bevölkerung vorherrschen. In Israel findet sich dagegen eine eher expertozentrische Vorgehensweise. In der Steinberg-Kommission zur Erarbeitung eines Gesetzesvorschlags zur Regelung der Sterbehilfe waren ausschließlich Experten zahlreicher Fachrichtungen vorgesehen, jedoch keine Bürgervertreter. Die qualitativen Interviewstudien von Leichtentritt und Rettig zeigen keine strikte Ablehnung von Therapieabbruch und aktiver Sterbehilfe. Im Gegenteil äußern viele der Befragten Zustimmung und Verständnis für den Wunsch nach Therapieabbrüchen und aktiver Sterbehilfe. Viele der Studienteilnehmer begründen ihre Haltung zu Sterbehilfe durch Bezugnahme auf gesellschaftliche Aspekte. Die Verpflichtung gegenüber der Familie, der Gemeinschaft und dem Staat spielen eine große Rolle (Leichtentritt und Rettig 2001). Darin ähneln die Ergebnisse von Leichtentritt und Rettig den Schlussfolgerungen die Saar in ihrer Studie zum Suizid in Deutschland und Israel zieht, in der sie ebenfalls festgestellt hat, dass bei ihren israelischen Probanden Überlegungen zur sozialen Gemeinschaft die Einstellung zum Suizid stark beeinflussen. In beiden Fällen zeigt sich deutlich die kollektivistische israelische Sozialperspektive (Saar 2005).

Die wenigen Daten, die über die Einstellung des medizinischen Fachpersonals in Israel vorliegen, lassen die Schlussfolgerung zu, dass diese Therapieabbrüchen und aktiver Sterbehilfe nicht so streng ablehnend gegenüberstehen wie es von politischer Seite erfolgt.

Es drängt sich unmittelbar die Frage auf, weshalb in der israelischen Debatte um Sterbehilfe, konkrete Belege über die Einstellung der Beteiligten zu den Formen der Sterbehilfe offenbar nicht gewünscht sind. Zunächst spielen dabei die paternalistische Grundhaltung und das kollektivistische Sozialverständnis mit dem Vorrang der Gruppe vor dem Individuum in Israel eine Rolle. Leichtentritt und Rettig merken außerdem kritisch an, dass eine breite Debatte über Sterbehilfe durch die Möglichkeiten der hebräischen Sprache erschwert wird. Sie stellen fest, dass das Hebräische nicht über die Mittel verfügt, die einzelnen Formen der Sterbehilfe differenziert zu bezeichnen und so eine öffentliche Debatte nicht fördert (Leichtentritt und Rettig 2002).

Die Studienlage lässt nähere Schlüsse auf das Grundverständnis von ärztlichen Pflichten in Deutschland und Israel zu. Dabei zeigt sich, dass sich die Wahrnehmung von ethisch gebotenen Verhalten bei Ärzten aus beiden Ländern in vielen Punkten ähnelt. Unterschiede finden sich vorrangig bei der Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten.

Ärztliches Ethos – Ablehnung vermeidbaren Leidens

Die Studienergebnisse zeigen deutlich, dass die legalen Sterbehilfeformen, passive Sterbehilfe für deutsche Ärzte und der Therapieverzicht für israelische Ärzte, zur klinischen Routine zählen und regelmäßig auf den Intensivstationen beider Länder durchgeführt werden. Das Verhalten der Ärzte beider Länder im Umgang mit legalen Sterbehilfeformen ähnelt sich also. Dies steht im Einklang mit den herrschenden soziokulturellen Normen. In Deutschland wie in Israel wird von ärztlicher Seite eine unverhältnismäßige Verlängerung des Leidens als unethisch abgelehnt (Bundesärztekammer 2011, Steinberg 2006). Diese Haltung vertreten ebenfalls die katholische und evangelische Kirche sowie führende Rabbiner wie beispielsweise Rabbi Feinstein (Barilan 2003b). Gleichfalls findet dieses Prinzip in der Rechtsprechung beider Länder Niederschlag und bildet die Basis für die Legalität der passiven Sterbehilfe bzw. des Therapieverzichts. Von den Studienergebnissen ausgehend lässt sich festhalten, dass sich im Verhalten deutscher und israelischer Ärzte diese ethischen, religiösen und rechtlichen Grundsätze beider Länder widerspiegeln.

Ärztliches Ethos – Schutz des Lebens

Illegale Sterbehilfeformen umfassen in Israel den Therapieabbruch und die aktive Sterbehilfe, in Deutschland ausschließlich die aktive Sterbehilfe. In beiden Ländern erfolgt die Diskussion um Ablehnung bzw. Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe unter Bezug auf ähnliche medizinethische Prinzipien. Es handelt sich dabei, um das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und den Schutz bzw. die Heiligkeit des Lebens. Im Falle der aktiven Sterbehilfe wird sowohl in Deutschland als auch in Israel dem Lebensschutz der Vorrang vor der Patientenautonomie gegeben. In Israel wird im medizinethischen Diskurs im Gegensatz zu deutschen Gepflogenheiten nicht von Schutz sondern von der Heiligkeit des Lebens gesprochen. Diese Bezeichnung hat eine deutlich religiöse Konnotation. Sie ist in Israel aber auch außerhalb des religiösen Kontextes in Gebrauch und wird sogar in Gesetztestexten verwendet (Steinberg und Sprung 2007). Dies zeigt die hohe Präsenz des Judentums im öffentlichen Diskurs in Israel. Zwar spricht auch in Deutschland die katholische Kirche von der Heiligkeit des Lebens. Trotzdem wird dieser Ausdruck in der medizinethischen Debatte in Deutschland nicht gebraucht. Die deutsche Bezeichnung vom Schutz des Lebens ist weniger absolut (Schicktanz et al. 2010a) und wertneutraler. Dies ist bezeichnend, für eine säkulare Gesellschaft, in der religiöse Werte nur als eine von vielen Betrachtungsweisen gewertet werden.

Die Studienlage lässt den Schluss zu, dass die Ablehnung der illegalen Sterbehilfeformen durch das medizinische Fachpersonal in Israel getragen wird. In Israel sind in allen vorliegenden Studien keine Fälle von aktiver Sterbehilfe dokumentiert. Für den Umgang deutscher Ärzte mit aktiver Sterbehilfe liegen kaum Informationen vor. Die wenigen existierenden Untersuchungen zeigen, dass es in Deutschland in sehr geringem Maße zur Durchführung von aktiver Sterbehilfe kommt. Die betroffenen Ärzte widersetzten sich damit wissentlich den offiziellen Vorgaben.

Kontrastreiche Einstellungen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Durch die Studienergebnisse ließ sich die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten für medizinisches Fachpersonal in Deutschland und Israel näher untersuchen. Die Haltung der Ärzte zu Patientenautonomie wurde mit Hilfe zweier Aspekte aus den empirischen Daten beurteilt. Einmal wurde das Gesprächsverhalten der Ärzte sowie das Maß, inwieweit sie ihre Patienten aufklären und damit an der klinischen Entscheidungsfindung beteiligen, herangezogen. Zum anderen wurde die Akzeptanz der Ärzte gegenüber der Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung des Patienten beurteilt.

Dabei zeigen die Studienergebnisse, dass für deutsches medizinisches Fachpersonal das Selbstbestimmungsrecht des Patienten von großer Bedeutung ist. Denn ein Großteil der deutschen Ärzte stuft die Patientenverfügung als sinnvoll ein (Voltz et al. 1998) und erlebt durch sie eine Verbesserung der Kommunikation mit den Patienten (Oorschot et al. 2005). Die Datenlage zum Gesprächsverhalten deutscher Ärzte ist leider nicht sehr umfassend. Tendenziell zeichnet sich jedoch ab, dass ein Großteil deutscher Ärzte Therapiemaßnahmen mit Patienten und deren Angehörigen bespricht (Vincent 1999). Die Studienresultate werden dahingehend interpretiert, dass der Patientenautonomie von deutschen Ärzten ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Dies entspricht den soziokulturellen Normen in Deutschland, denn in der deutschen Gesellschaft spielen Werte wie Individualismus und Selbstbestimmung eine große Rolle. Die vormals klassische Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient im Sinne eines paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis wird sowohl gesellschaftlich als auch von Expertenseite mehrheitlich abgelehnt (Bundesärztekammer 2011). Schon in der Ausbildung junger Mediziner wird großer Wert auf die Vermittlung des „informed consent“ als Modell einer gleichberechtigten Arzt-Patienten-Beziehung gelegt.

Auch die Einstellung der deutschen Ärzte zu aktiver Sterbehilfe, ist im Zusammenhang mit der Achtung der Selbstbestimmung des Patienten zu sehen. Denn die Studienlage zeigt, dass deutsche Ärzte in vielen Fällen Verständnis für den Wunsch eines Schwerkranken nach aktiver Sterbehilfe haben. Auch die generelle Zustimmung zu aktiver Sterbehilfe ist mit durchschnittlich 20% beträchtlich. In Falle einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe würde sie sich noch verdoppeln. Häufige Begründung der Befragten für die Zustimmung zu aktiver Sterbehilfe ist laut Studienlage die Achtung der Patientenautonomie. In der Wertschätzung der Patientenverfügung, der Einstellung zur aktiven Sterbehilfe sowie dem weniger arztzentrischen Gesprächsverhalten der deutschen Ärzte, wie sie die Studienlage dokumentiert, zeigt sich, wie sich der Individualismus der deutschen Gesellschaft in der medizinischen Praxis niederschlägt (Dierks et al. 2001).

Ein ähnliches Bild wird durch die Studienergebnisse von der Haltung der deutschen Bevölkerung gezeichnet, denn in Deutschland erfahren alle Formen der Sterbehilfe nach Sicht der Bevölkerung tendenziell Zustimmung. Für die passive Sterbehilfe findet sich durchschnittlich eine Zustimmung von 70%, für die aktive Sterbehilfe liegt sie bei ca. 60%. Die Befürworter sehen die Sterbehilfe als ein Mittel, Kontrolle und Selbstbestimmung auch im letzten Abschnitt ihres Lebens ausüben zu können. Aus dem gleichen Grund erfährt auch die Patientenverfügung in der deutschen Bevölkerung eine große Zustimmung. In den Umfragen wird deutlich, dass auf Seiten der Befragten, die historischen Erfahrungen während des Nazi-Regimes eine untergeordnete Rolle spielen und die Haltung zu Sterbehilfe nicht direkt beeinflussen. Wo in der Expertendebatte ein Verweis auf die Massenmorde der SS-Zeit in beinahe jedem Aufsatz erfolgt, um damit eine Ablehnung insbesondere der aktiven Sterbehilfe zu begründen, (Beck et al. 2008, Nationaler Ethikrat 2006, Oehmichen und Meissner 2003) scheint dies bei der deutschen Bevölkerung im Zusammenhang mit Sterbehilfe zweitrangig zu sein. Die Resultate der empirischen Studien machen darüber hinaus deutlich, dass die Zustimmung zu Sterbehilfe nicht automatisch auf den Wunsch nach Inanspruchnahme schließen lässt. Dies lässt darauf schließen, dass es vielen deutschen Bürgern wichtig ist, die generelle Möglichkeit der Sterbehilfe für Menschen, deren moralische Vorstellungen einen solchen Schritt zu lassen, zu schaffen. Hierin findet sich ein Zeichen des Wertpluralismus der deutschen Gesellschaft und der Toleranz, unterschiedliche Lebensentwürfe zu akzeptieren (Nationaler Ethikrat 2006).

In Israel ist ebenso wie in Deutschland die Verbindlichkeit der Patientenverfügung gesetzlich festgelegt. Die Regelung besteht sogar schon einige Jahre länger als in Deutschland. Ebenso ist das Recht auf „informed consent“ in Israel in der Patients' Bill of Rights seit 1996 gesetzlich festgeschrieben. Die Studienlage zeichnet jedoch ein durch-

aus anderes Bild von der Praxis in israelischen Krankenhäusern. Zum ersten ist es besonders augenfällig, dass es keine israelische Studie gibt, welche die Einstellung zur Patientenverfügung und ihre Akzeptanz bei medizinischem Fachpersonal oder der Bevölkerung untersucht. Es können daher keine Aussagen darüber getroffen werden, inwieweit israelische Ärzte die Patientenverfügung achten oder welchen Einfluss sie im klinischen Alltag auf die Entscheidungsfindung hat. Auch was das Gesprächsverhalten der israelischen Ärzte mit ihren Patienten betrifft, zeigt sich, dass die geforderte Aufklärung des Patienten und seine Beteiligung an Therapieentscheidungen nicht umfassende Praxis im klinischen Alltag ist, denn israelische Ärzte sprechen im europäischen Vergleich tendenziell weniger mit ihren Patienten (Cohen S. et al. 2005). Die Studienergebnisse werden dahin interpretiert, dass für israelische Ärzte die Autonomie der Patienten nicht von primärer Bedeutung ist, da sie die Mittel, welche dem Patienten zur Ausübung seiner Autonomie zur Verfügung stehen, nicht ausreichend zur Geltung kommen lassen. Auch an dieser Stelle kann ein Zusammenhang zu den starken paternalistischen Strukturen in der israelischen Gesellschaft gezogen werden. Dabei beschränkt sich die paternalistische Haltung nicht auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, sondern findet sich in Form von sozial- und staatspaternalistischen Elementen ebenso im Verhältnis des Einzelnen zur jüdischen Gemeinschaft und zum Staat Israel (Gross 1999).

Durch die Studienergebnisse lässt sich ein großer Unterschied bei der Bewertung der Patientenautonomie durch medizinisches Fachpersonal in Deutschland und Israel feststellen. Unter dieser Voraussetzung soll die Ähnlichkeit der Einstellung zum Therapieabbruch nochmals bewertet werden. In Israel wird der Wunsch eines einwilligungsfähigen Patienten nach Abbruch bestimmter Therapiemaßnahmen ignoriert. Durch die Hochschätzung der Patientenautonomie scheint es undenkbar, dass sich in Deutschland eine Regelung des Therapieabbruchs, wie sie in Israel praktiziert wird, durchsetzen kann. Vielmehr wird die häufige Zuordnung des Therapieabbruchs zur illegalen aktiven Sterbehilfe durch deutsche Ärzte im Zusammenhang mit den oben genannten Schwierigkeiten wie der deutschen Sterbehilfenomenklatur und dem Fehlen einer eindeutigen Gesetzgebung zu passiver Sterbehilfe interpretiert, als der wirklichen Überzeugung, dass Patienten ein Abbruch von Therapiemaßnahmen verweigert werden sollte.

Einfluss von Religiosität

In Deutschland und Israel in gleicher Weise stellt den Studienergebnissen nach die Religion und Religiosität ein Faktor dar, der zu einer tendenziell ablehnenden Haltung gegenüber aller Formen von Sterbehilfe führt. Dies betrifft medizinisches Fachpersonal wie

Laien gleichermaßen. Dennoch ist der Stellenwert der Religion in der Gesellschaft unterschiedlich. Deutschland und Israel sind beide säkularisierte Länder (Gross 1999, Mückl 2011). Durch das politische System in Israel haben jüdisch-orthodoxe Parteien jedoch einen verhältnismäßig großen Einfluss auf politische Entscheidungen. Um eine stabile Regierung zu bilden, müssen Koalitionen zwischen mehreren Parteien eingegangen werden, so dass die kleinen orthodoxen Parteien häufig den letzten Ausschlag geben (Balke 2007). In Deutschland dagegen übernehmen die evangelische und katholische Kirche zwar staatliche Aufgaben wie beispielsweise die Organisation des Religionsunterrichts an den Schulen. Im politischen Tagesgeschäft spielen sie jedoch eine sekundäre Rolle (Mückl 2011).

Die vorliegende Arbeit legt eindrücklich dar, wie sich die kulturelle Prägung und gesellschaftliche Normen in der Einstellung und dem Verhalten von medizinischem Fachpersonal und Laien in Deutschland und Israel niederschlagen.

Limitierungen der hier durchgeführten Analyse

Der vollständigen Behandlung der Forschungsfragen sind durch die gewählte Methode Grenzen gesetzt. Durch eine dürftige Studienlage fehlen zum Teil tragfähige Datengrundlagen. In Deutschland herrscht keine Klarheit darüber, inwieweit Ärzte aktive Sterbehilfe durchführen. Neue empirische Untersuchungen müssen hier Aufklärung bringen. In Israel existiert bis zum jetzigen Stand keine große repräsentative Befragung über die Einstellung der israelischen Bevölkerung und des medizinischen Fachpersonals zu allen Formen der Sterbehilfe. In beiden Ländern ist die Patientensicht in den Studien deutlich unterrepräsentiert und es liegen kaum Informationen über deren Einstellung zu Fragen bezüglich des Lebensendes vor. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn durch weitere empirische Erhebungen Datenlücken geschlossen werden würden.

In der Analyse selbst hätte ein größerer Schwerpunkt auf die Auswertung der methodisch-statistischen Charakteristika der Studien gelegt werden können. Gleiches gilt für die qualitativen Unterschiede zwischen den Studien. Auf qualitative Mängel wurde im Einzelfall in der Auswertung hingewiesen. In der Analyse hätten diese jedoch stärker berücksichtigt werden können. Des Weiteren wurden kulturelle Aspekte in Deutschland und Israel vorrangig im Hinblick auf Fragen bezüglich des Lebensendes recherchiert.

Eine weiter gefasste Analyse des sehr komplexen Kulturbegriffes hätte die Auswertung unter Umständen vertiefen und komplementieren können.

Durch die zunehmende Globalisierung und die daraus zwangsläufig resultierende Begegnung von Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen rückt die Frage von kulturellen Unterschieden am Krankenbett immer mehr in den Fokus. Diese Entwicklung muss besonders berücksichtigt werden in einer Zeit, in der sich die Patientenbehandlung immer mehr an Therapieleitlinien und weniger am Individuum orientiert. Die Arbeit macht deutlich, wie wichtig es ist, bei medizinischen Entscheidungen die individuellen Überzeugungen der Patienten mit einzubeziehen. In dieser Form liefert die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur interkulturellen Bioethik. Denn sie macht deutlich, dass ethische Überzeugungen nicht universell gültig sind, sondern durch die kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten in den jeweiligen Ländern beeinflusst werden.

Es wird ein wichtiger, erster Schritt sein, die Bedeutung des Einflusses von Kultur auf ethische Überzeugungen in breitem Rahmen anzuerkennen und in den Köpfen der Verantwortlichen zu verankern. In diesem Sinne wird durch die vorliegende Arbeit ein Beitrag geliefert, die Haltung von Menschen in Deutschland und Israel in Bezug auf Fragen bezüglich des Lebensendes besser zu verstehen. Sie bietet somit eine Orientierungshilfe für eine bedürfnisgerechte Patientenversorgung sowie für politische Entscheidungen, welche die Bedingungen für Sterbehilfe in beiden Ländern gestalten.

8. Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die Einstellungen und den Umgang von medizinischem Fachpersonal und Laien gegenüber Fragen bezüglich des Lebensendes in Deutschland und Israel zu untersuchen. Datengrundlage dafür sind empirische Untersuchungen, die zwischen 1990-2011 in beiden Ländern zum Thema Sterbehilfe durchgeführt wurden. Die Ergebnisse der Datenanalyse werden miteinander verglichen und im zweiten Schritt darauf untersucht, inwiefern sich ein Einfluss des soziokulturellen Hintergrunds in Deutschland und Israel auf die erarbeiteten Einstellungen feststellen lässt.

In einer systematischen Literaturrecherche wurden insgesamt 54 relevante sowohl quantitative als auch qualitative empirische Studien ausgewählt. Die Auswertung der Daten erfolgte mit der Methode des qualitativen Literaturvergleichs.

Ergebnis der Analyse ist, dass sich zahlreiche Unterschiede, aber auch überraschende Gemeinsamkeiten im Umgang beider Länder mit Fragen bezüglich des Lebensendes zeigen und sich ein deutlicher Einfluss des soziokulturellen Hintergrunds auf die Einstellungen des medizinischen Fachpersonals und der Laien zu Sterbehilfe herausarbeiten lässt. So zählt in Israel der Therapieabbruch aus traditionell-religiösen Gründen zu den illegalen Sterbehilfeformen. Die Studienergebnisse demonstrieren, dass sich das israelische medizinische Fachpersonal in der Umsetzung sehr konsequent daran hält, denn Therapieabbrüche kommen in Israel praktisch nicht vor. In Deutschland zählt der Therapieabbruch zu den legalen Sterbehilfeformen. Im Endeffekt wird in der vorliegenden Arbeit jedoch gezeigt, dass ein Großteil der befragten Ärzte die Maßnahmen des Therapieabbruchs eher der aktiven Sterbehilfe und damit einer illegalen Sterbehilfeform zuordnet und diese vermehrt ablehnt. Es kann somit gezeigt werden, dass die Einstellung der deutschen Ärzte, wie sie sich in den Studienergebnissen zeigt, sehr der israelischen Bewertung des Therapieabbruchs ähnelt. In anderen Bereichen wie beispielsweise der Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten differiert die Haltung der deutschen und israelischen Befragten sehr.

Es kann gezeigt werden, dass die Einstellung zu Sterbehilfe in Deutschland, wie sie sich aus den Studienergebnissen ergibt, von einer Gesellschaft beeinflusst wird, in der Individualismus und Wertepluralismus im Vordergrund stehen. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten erhält eine zentrale Rolle.

In Israel dominiert ein kollektivistisches Sozialverständnis mit paternalistischen Zügen, in dem der Patient als Teil einer Gruppe wahrgenommen wird. Davon zeigen sich die Einstellungen zu Sterbehilfe in Israel deutlich beeinflusst.

9. Literaturverzeichnis

- Abels H: Einführung in die Soziologie. Band 1: Der Blick auf die Gesellschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004.
- Ach J S, Gaidt A: Wehret den Anfängen? Anmerkungen zum Argument der "schiefen Ebene" in der gegenwärtigen Euthanasie-Debatte. In: Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik; hrsg. v. Frewer A und Eickhoff C; Campus, Frankfurt a. M. 2000, 424-447.
- Aime M: Il primo libro di antropologia. Einaudi, Torino 2008.
- Albrecht D: Die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland. In: Globalisierung der Biopolitik, des Biorechts und der Bioethik? Das Leben an seinem Anfang und an seinem Ende; hrsg. v. Schreiber H-L, Lilie H, Rosenau H, Tadaki M und Pak U J; Peter Lang, Frankfurt a.M., Berlin, Bern, Brüssel, New York 2006, 9-16.
- Allensbacher Berichte (2005): Die große Mehrheit ist für passive Sterbehilfe. *Institut für Demoskopie Allensbach*.
- Allensbacher Berichte (2008): Einstellung zur aktiven und passiven Sterbehilfe. *Institut für Demoskopie Allensbach*.
- Aulbert E, Klaschik E, Kettler D: Palliativmedizin - Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung. Schattauer, Stuttgart 2002.
- Balke R: Israel. Beck, München 2007.
- Barilan Y M (2003a): The Israeli bioethical discourse and the Steinberg Report regarding a proposed bill of rights of the terminally ill. *Ethik in der Medizin*, 15(1), 59-62.
- Barilan Y M (2003b): Revisiting the problem of Jewish bioethic: the case of terminal care. *KIEJ*, 13(2), 141-168.
- Barilan Y M (2004): Is the clock ticking for terminally ill patients in Israel? Preliminary comment on a proposal for a bill of rights for the terminally ill. *J Med Ethics*, 4(30), 353-357.
- Bartmann P (2003): Physician-assisted suicide and euthanasia: German Protestantism, conscience and the limits of purely ethical reflection. *Christ Bioeth*, 9(2-3), 203-225.
- Beauchamp T L, Childress J F: Principles of biomedical ethics. Oxford Univ. Press, New York 2009.
- Beck N, van de Loo A, Reiter-Theil S (2008): A "little bit illegal"? Withholding and withdrawing of mechanical ventilation in the eyes of German intensive care physicians. *Med Health Care Philos*, 11, 7-16.
- Benzenhöfer U: Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2009.
- Benzenhöfer U, Steuer C: Das israelische Gesetz über Sterbehilfe und über Betreuung am Lebensende aus dem Jahr 2005. GWAB-Verlag, Wetzlar 2010.
- BGH (1991): BGHSt 37/378. *Neue juristische Wochenschrift*, 44(2), 2357-2359.
- BGH (1996): BGHSt 42/301. *Neue juristische Wochenschrift*, 50(1), 807-810.
- BGHSt 32/367: Entscheidungen des Bundesgerichtshof in Strafsachen. (Vol. 32); Carl Heymanns Verlag, Köln
- BGHSt 32/367/379.
- BGHSt 40/257: Entscheidungen des Bundesgerichtshof in Strafsachen. (Vol. 40); Carl Heymanns Verlag, Köln
- Blackhall L J, Murphy S T, Frank G, Michel V, Azen S (1995): Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 274(10), 820-825.
- Bleich J D: Die Behandlung des Patienten am Lebensende. In: Jüdische Ethik und Sterbehilfe; hrsg. v. Steinberg A und Hurwitz P; Schwabe, Basel 2006, 57-70.
- Bollag D: Das jüdische Religionsgesetz. In: Jüdische Ethik und Sterbehilfe; hrsg. v. Hurwitz P und Steinberg A; Schwabe, Basel 2006, 19-35.
- Borasio G D, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H, Zierz S (2004): Einstellung zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase: eine Umfrage bei neurologischen Chefarzten. *Nervenarzt*, 75(12), 1187-1193.

- Bülow H-H, Sprung C L, Reinhart K, Prayag S, Du B, Armaganidis A, Abroug F, Levy M M (2008): The world's major religions' point of view on end-of-life decisions in the intensive care unit *Intensive Care Med*, 34(3), 423-430.
- Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung. *Dtsch Arztebl*, Jg. 108(7), A346-348.
- Burchardi N, Rauprich O, Vollmann J (2005): Patientenverfügungen in der hausärztlichen Betreuung von Patienten am Lebensende. *Z Palliatmed*, 6(2), 65-69.
- Busche H (2000): Was ist Kultur? Die vier historischen Grundbedeutungen. *Dialektik. Z Kulturphilosoph*(1), 69-90.
- Carmel S (1997): Preferences for Different Life-Sustaining Treatments among Elderly Persons in Israel. *J Gerontol, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B(2), 97-102.
- Carmel S, Mutran E J (1999): Stability of elderly persons' expressed preferences regarding the use if life-sustaining treatments. *Soc Sci Med*, 49(3), 303-311.
- Carmel S, Werner P, Ziedenberg H (2007): Physicians' and Nurses' Preferences in Using Life-Sustaining Treatments. *Nurs Ethics*, 14(5), 665-676.
- Carmel S, Zeidenberg H: Israeli nurses' attitudes toward end of life middle and old terminally ill patients. In: *Death attitudes and the older adult: theories, concepts and applications*; hrsg. v. Tomer A; Brunner-Routledge, Philadelphia 2000, 193-210.
- Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L (2006): European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Soc Sci Med*, 63(3), 743-756.
- Cohen S, Sprung C L, Sjøkvist P, Lippert A, Ricou B, Baras M, Hovilehto S, Maia P, Phelan D, Reinhart K et al. (2005): Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*, 31, 1215-1221.
- Csef H, Heindl B (1998): Einstellungen zur Sterbehilfe bei deutschen Ärzten: eine repräsentative Befragung im Ärztlichen Kreisverband Würzburg. *Dtsch Med Wochenschr*, 123(50), 1501-1506.
- Cutter M A: Local bioethical discourse: implications for Understanding disease. In: *Cross-cultural perspectives on the (im)possibility of global bioethics*; hrsg. v. Tao Lai Po-Wah J; Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London 2002
- Davis A J, Davidson B, Hirschfield M, Lauri S, Lin J Y, Norberg A, Phillips L, Pitman E, Shen C H, R van der Laan et al. (1993): An international perspective of active euthanasia: attitudes of nurses in seven countries. *Int J Nurs Stud*, 30(4), 301-310.
- Der Brockhaus in 15 Bänden: s.v. "Debatte". Band 3, 1. Auflage, Leipzig, Mannheim 1997-1999.
- Deutsche Hospiz Stiftung (2005): Was denken die Deutschen wirklich über aktive Sterbehilfe?
- Deutsche Hospizstiftung (2005): Was denken die Deutschen wirklich über aktive Sterbehilfe?
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (2012): Sterben in Deutschland - Wissen und Einstellung zum Sterben.
- Dierks M-L, Bitzer E-M, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz F-W: *Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt.*; Reinhardt Verlag, München 2001.
- Dixon-Woods M, Fitzpatrick R, Roberts K (2001): Including qualitativ research in systematic reviews: opportunities and problems. *J Eval Clin Pract*, 7(2), 125-133.
- Dorff E N, Newman L E (Eds.): *Contemporary Jewish ethics and morality*; Oxford University Press, Oxford 1995.
- Dormberg M: *Angefragt: Sterbehilfe: Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte: Ergebnisse einer Befragung und medizinethische Bewertung.* Lang, Frankfurt a. M. 1997.
- Duden: *Das große Fremdwörterbuch.* (Vol. 2); Dudenverlag, Mannheim, Leipzig, Berlin, Zürich 2000.

- Durkheim E: Über soziale Arbeitsteilung. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1993.
- Düwell M: Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche. Metzler, Stuttgart 2008.
- Eidelman L A, Johnson T A, Pizov R, Geber D, L L, Sprung C L (1998): Foregoing life-sustaining treatment in an Israeli ICU. *Intensive Care Med*, 24, 162-166.
- Enquete-Kommission des deutschen Bundestags (2002): "Recht und Ethik der modernen Medizin" Final Report. *Bundestag Drucksache 14/9020*.
- Erhardt H: Euthanasie. In: *Arzt und Recht: medizinisch-juristische Grenzprobleme unserer Zeit.*; hrsg. v. Göppinger H; Beck, München 1966
- Evangelische Kirche in Deutschland: *Evangelische Kirche in Deutschland. Zahlen und Fakten zum kirchlichen Leben.* 2012.
- forsa (2003): Meinungen zur aktiven Sterbehilfe.
- Frenkel D A (2000): Euthanasia in Israeli Law. *Forensic Sci Int*, 113(1-3), 501-504.
- Frieß M: "Komm süßer Tod": Europa auf dem Weg zur Euthanasia? ; Kohlhammer, Stuttgart 2008.
- Fritz Bauer Institut. Studien- und Dokumentationszentrum zur Geschichte und Wirkung des Holocaust (1997): Die Einschätzung des Nationalsozialismus im Spiegel der Ausstellung "Vernichtungskrieg. Verbrechen der Wehrmacht 1941 bis 1944" Meinungen- Positionen. *Dossier Nr. 2*.
- Ganz F D, Benbenishty J, Hersch M, Fischer A, Gurman G, Sprung C L (2006): The impact of regional culture on intensive care end-of-life decision making: an Israeli perspective from the ETHICUS study. *J Med Ethics*, 32, 196-199.
- Gesundheit B, Steinberg A, Glicks S, Or R, Jotkovitz A (2006): Euthanasia: an overview and the Jewish perspective. *Cancer Invest*, 24(6), 621-629.
- Giddens A: Soziologie. Nausner & Nausner, Graz, Wien 1999.
- Gielen J, Branden S v d, Broeckaert B (2009): The operationalisation of religion and world view in surveys of nurses' attitudes toward euthanasia and assisted suicide. *Med Health Care Philos*, 12(4), 423-431.
- Glick S M (1997): Unlimited Human Autonomy - A cultural Bias? *N Engl J Med*, 338(13), 954-956.
- Göckenjan G (2008): Sterben in unserer Gesellschaft - Ideale und Wirklichkeit. *Tod und Sterben. APuZ bpb*, 4, 7-13.
- Gross M L (1999): Autonomy and Paternalism in Communitarian Society. *Patient Rights in Israel. Hastings Cent Rep*, 29(4), 13-20.
- Gross M L, Ravitsky V (2003): Israel: bioethics in a Jewish-democratic state. *Camb Q Healthc Ethics*(12), 3247-3255.
- Habicht A: *Sterbehilfe - Wandel in der Terminologie: eine intergrative Betrachtung aus der Sicht von Medizin, Ethik und Recht.* P. Lang, Frankfurt a. M., New York 2009.
- Harfst A. (2004). *Allgemeinärztliche Beurteilungen und Einstellungen zur Sterbehilfe: eine nationale Erhebung [Elektronische Ressource]*. Göttingen.
- Haug S, Müssig S, Stichs A: *Muslimisches Leben in Deutschland. Forschungsberichte des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Deutschen Islamkonferenz.* (Vol. 6), Nürnberg 2009.
- Helou A, Wende A, Hecke T, Rohrman S, Buser K, Dierks M-L (2000): Das öffentliche Meinungsbild zur aktiven Sterbehilfe: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Dtsch Med Wochenschr*, 125(11), 308-315.
- Herzog S (2005): Euthanasia as a Serious Homocide: An Empirical Study of (Normative) Consensus in Israel. *Crime, Law and Soc Change*, 44(3), 301-326.
- Hochgrebe W: *Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik?: ein Analyse der aktuellen Diskussion unter medizinischen, philosophisch-ethischen und religiös-theologischen Aspekten.* Books on Demand, Norderstedt 2005.

- Höver G, Eibach U: Die aktuelle Biomedizin aus der Sicht der christlichen Kirchen. In: Aktuelle Aspekte der Biomedizin. Biomedizin, Religionen und Alltagsperspektiven.; hrsg. v. Schick-tanz S, Tannert C und Wiedemann P; Campus, Frankfurt, New York 2003, 16-55.
- Illouz E (2011): Es reicht jetzt! *Die Zeit*, 34.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2010): Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus der Sicht der deutschen Ärzteschaft. *Institut für Demoskopie Allensbach*.
- Jakobson D J, Eidelman L A, Worner T M, Oppenheim A E, Pizov R, Sprung C L (2004): Evaluation of changes in forgoing life-sustaining treatment in Israeli ICU patients. *Chest*, 126(6), 1969-1073.
- Kirchenamt der evangelischen Kirche in Deutschland: Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen. Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen EKD-Texte 71, Hannover 2002.
- Kirschener R, Elkeles T (1998): Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland: Eine Repräsentativbefragung unter Ärzten. *Gesundheitswesen*, 60(4), 247-253.
- Kneer G, Nassehi A: Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Fink Verlag, München 1993.
- Kongregation für die Glaubenslehre (1980): Iura et Bona. Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie (Verlautbarung des apostolischen Stuhls 20).
- Kravitz L: Einige Gedanken über jüdische Tradition und Patienten am Lebensende. In: Jüdische Ethik und Sterbehilfe; hrsg. v. Hurwitz P und Steinberg A; Schwabe, Basel 2006, 71-90.
- Kröner H-P: Euthanasie: von der Sterbebegleitung zum Krankenmord. In: Tod und Sterben: Medizinische Perspektiven; hrsg. v. Hucklenbroich P und Gelhaus P; LIT, Münster 2001, 87-103.
- Kutzer K: Ist eine gesetzliche Regelung der erlaubten passiven Sterbehilfe zur Abgrenzung von der unerlaubten aktiven Sterbehilfe erforderlich? In: Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf?; hrsg. v. May A T, Geißendörfer S E, Simon A und Strätling M; LIT, Münster, Hamburg, London 2002, 19-26.
- Lang-Welzenbach M, Fasching P A, Vollmann J (2005): Patientenverfügungen und Therapieentscheidungen in der gynäkologischen Onkologie. Qualitative Interviews mit Patientinnen, Ärzten und Pflegepersonal. *Geburtshilfe Frauenheilkd*(65), 494-499.
- Leichtentritt R D, Rettig K D (1999a): Attitudes Toward Euthanasia and Justifying Reasons of Elderly Israelis and their Family Members. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 4(4), 317-344.
- Leichtentritt R D, Rettig K D (1999b): Meanings and attitudes toward end-of-life preferences in Israel. *Death Stud*, 23, 323-358.
- Leichtentritt R D, Rettig K D (2001): Values underlying end-of-life decisions: a qualitative approach. *Health Soc Work*, 26(3), 150-159.
- Leichtentritt R D, Rettig K D (2002): Family beliefs about end-of-life decisions: an interpersonal perspective. *Death Stud*, 26(7), 567-594.
- Liberati A, Altman D, Tetzlaff J, Mulrow C, Goetzsche P, Ioannidis J P A, Clarke M, Devereaux P J, Kleijnen J, Moher D (2009): The Prisma statement for reporting systematic reviews and meta-analysis of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*, 62(10), 1-34.
- Malinowski B: Eine wissenschaftliche Theorie der Kultur. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2006.
- Michalsen A (2007): Care for dying patients - German legislation. *Intensive Care Med*, 33, 1823-1826.
- Möller T, Grabensee B, Frister H (2008): Passive Sterbehilfe in der Praxis - die ärztliche Entscheidung im Spiegel der Rechtslage. *Dtsch Med Wochenschr*, 133, 1059-1063.
- Mückl S (2011): Das Verhältnis von Kirche und Staat in Deutschland. *Gutachten im Auftrag der Bertelsmannstiftung*, 1-42.

- Müller-Busch H C, Odoncu F S, Woskanjan S, Klaschik E (2004): Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation - a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Med Health Care Philos*, 7(3), 333-339.
- Musgrave C F, Margalith I, Goldsmidt L (2001): Israeli oncology and nononcology nurses' toward physician-assisted dying: A comparison study. *Oncol Nurs Forum*, 28(1), 50-57.
- Nationaler Ethikrat (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende.
- Nauck F (2011): Ethische Aspekte in der Therapie am Lebensende. *Med Klin Intensivmed*, 106(2), 137-148.
- Nyhnen C, Weber M, Schuez J, Faust G (1999): An der Hand oder durch die Hand eines Menschen sterben? Ergebnisse einer Befragung zu Sterbehilfe und Hospizbewegung. *Med Klin*, 94(10), 536-540.
- Odoncu F S (2002): Euthanasie - Sterbehilfe - Sterbebegleitung. *MedR*, 7, 327-337.
- Odoncu F S (2005a): Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht. Teil 1: Medizinische und rechtliche Aspekte. *MedR*, 8, 437-445.
- Odoncu F S (2005b): Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht. Teil 2: Palliativmedizinische und medizinethische Aspekte. *MedR*, 9, 516-524.
- Oehmichen M, Meissner C (2003): Active euthanasia and physician-assisted suicide: the German discussion. *Leg Med* 5(supplement 1), 20-28.
- OLG München (1987): Beschluss vom 31.07.87 - 1 Ws 23/87. *NJW*(46), 2940-2946
- Olzen D (2009): Die gesetzliche Neuregelung der Patientenverfügung. *JR*, 9, 354-362.
- Oorschot B v, Lipp V, Tietze A, Nickel N, Simon A (2005): Einstellung zur Sterbehilfe und zu Patientenverfügungen. Ergebnisse einer Befragung von 727 Ärzten. *Dtsch Med Wochenschr*, 130(6), 261-265.
- Oorschot B v, Lipp V, Tietze A, Nickel N, Simon A (2005): Einstellung zur Sterbehilfe und zu Patientenverfügungen. Ergebnisse einer Befragung von 727 Ärzten. *Dtsch Med Wochenschr*, 130(6), 261-265.
- Parsons T: Das System moderner Gesellschaften. Juventa-Verlag, Weinheim 2003.
- Pollack D, Pickel G (1999): Individualisierung und religiöser Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Soziol*, 28(6), 465-483.
- Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, Britten N (2006): Guidance on the Conduct of Narrative synthesis in systematic reviews. A product from the ESRC methods programme.
- Protokoll der Nürnberger Prozesse (1947), S. 2413 ff.
- Ravitsky V: Sterben in Würde in einem jüdisch-demokratischen Staat. In: Jüdische Ethik und Sterbehilfe; hrsg. v. Hurwitz P v, Picard J und Steinberg A; Schwabe, Basel 2006, 97-108.
- Reiter-Theil S, Traebert S, Lange D, Hiddemann W (2003): Sterben und Sterbehilfe. Problemwahrnehmung von Ärzten und Pflegenden in der Onkologie - Ergebnisse einer Interviewstudie. *Onkologe*, 9(2), 153-161.
- Ritsert J: Gesellschaft. Ein unergründlicher Grundbegriff der Soziologie. Campus Verlag, Frankfurt a.M., New York 2000.
- Rittner C, Weber M, Stiehl M, Reiter J (2001): Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens. *Dtsch Arztebl*, 98, A3184-3188.
- Roy D, Eibach U, Roehrich F J, Faust J, Schaefer K (2002): Wie denken eigentlich Patienten über Patientenverfügungen? Eine prospektive Studie. *Medizinische Welt*, 53(1), A32-35.
- Saar G. (2005). *Einstellungen zum Suizid in Deutschland und Israel: ein Vergleich*. Freie Universität Berlin, Berlin.
- Sadan B, Chajek-Shaul T (2000): Attitudes and practices of patients and physicians towards patient autonomy: a survey conducted prior to the enactment of the Patients' Rights Bill in Israel. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 10(4), 119-125.
- Sahm S: Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht. Campus, Frankfurt a M, New York 2006.

- Sampson E E (2000): Reinterpreting Individualism and Collectivism. Their religious roots and monologic versus dialogic person - other relationship. *Am Psychol*, 55(12), 1425-1432.
- Schardien S: Sterbehilfe als Herausforderung für die Kirchen. Gütersloh 2007.
- Schicktanz S: Die kulturelle Vielfalt der Bioethik-Debatte. In: Kulturelle Aspekte der Biomedizin. Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven. ; hrsg. v. Schicktanz S, Tannert C und Wiedemann P; Campus, Frankfurt, New York 2003
- Schicktanz S: Medizinethik - Aktuelle Trends und Neuorientierungen. In: Handbuch Ethik im Gesundheitswesen; hrsg. v. Weidmann-Hügler T und Christen M, (Vol. 5); Schweizerischer Ärzteverlag, Basel 2009, S.17-31.
- Schicktanz S, Raz A, Shalev C (2010a): The cultural context of End-of-life ethics: a comparison of Germany and Israel. *Camb Q Healthc Ethics*, 19, 381-394.
- Schicktanz S, Raz A, Shalev C (2010b): The cultural context of patient's autonomy and doctor's duty: passive euthanasia and advance directives in Germany and Israel. *Med Health Care Philos*, 13, 363-369.
- Schildmann J (Ed.). *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*; Lit, Berlin, Münster 2006.
- Schildmann J, Hötzel J, Müller-Busch H C, Vollmann J (2010): End-of-life practices in palliative care: a cross sectional survey of physician members of the German Society for Palliative Medicine. *Palliat Med*.
- Schildmann J, Vollmann J (2006): Ärztliche Assistenz zur Selbsttötung - ethische, rechtliche und klinische Aspekte. *Dtsch Med Wochenschr*, 131, 1405-1408.
- Schimmer C, Gorski A, Özkur M, Sommer S-P, Hamouda K, Hain J, Aleksic I, Leyh R (2011): Policies of withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in critically ill patients on cardiac intensive care units in Germany: a national survey. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 14(3), 294-299.
- Schirmacher T (2003): Medical Killing - An Evangelical Perspective. *Christ Bioeth*, 9(2), 227-244.
- Schlögel H, Hoffmann M (2007): Passive und aktive Sterbehilfe. Neuere Definitions- und Unterscheidungsprobleme. *Stimmen der Zeit*, 2, 89-99.
- Schöch H (2007): Recht der Sterbehilfe in der BRD. *Gynäkologe*, 40, 954-959.
- Schöne-Seifert B, Eickhoff C (1996): Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken: wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? *Ethik in der Medizin*, 8, 183-216.
- 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.
- Shalev C (2009): End-of-life care in Israel - the Dying Patient Law, 2005. *Israel Law Review*, 42(2).
- Shapira A (2006): Law and bioethics in Israel: between liberal ethical values and Jewish religious norms. *J Int Bioethique*, 17(1-2), 115-123.
- Simon A: End-of-life Decision Making in Germany. In: End-of-life decision making: a cross-national study; hrsg. v. Blank R H und Merrick J C; MIT Press, Cambridge 2005, 61-78.
- Simon A. (2007). *Ethische Fragen medizinischer Entscheidungen am Lebensende*. Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen.
- Soundry E, Sprung C L, Levin P D, Grunfeld G B, Einav S (2003): Foregoing Life-Sustaining treatments: Comparison of Attitudes between Israeli and North American Intensive Care Healthcare Professionals. *IMAJ*, 5.
- Sprung C L, Carmel S, Baras M, Cohen A, Maia P, Beishuizen A, Nalos D, Novak I, Svantesson M, et al. (2007a): Attitudes of European physicians, nurses, patients and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. *Intensive Care Med*, 33(1), 104-110.
- Sprung C L, Cohen L S, Sjøkvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D et al. (2003): End-of-life practices in European intensive care units: Ethicus Study. *JAMA* 290(6), 790-797.

- Sprung C L, Maia P, Bulow H-H, Ricou B, Armaganidis A, Baras M, Wenneberg S, Reinhart K, Cohen A, Fries D R et al. (2007b): The importance of religious affiliation and culture on end-of-life-decision in European intensive care units. *Intensive Care Med*, 33(10), 1732-1739.
- Steinberg A: Ein Gesetzesvorschlag in Israel zur Betreuung des Patienten am Lebensende: Die Steinberg-Kommission. In: Jüdische Ethik und Sterbehilfe; hrsg. v. Hurwitz P v, Picard J und Steinberg A; Schwabe, Basel 2006, 91-96.
- Steinberg A, Sprung C L (2007): The Dying Patient Act, 2005: Israeli Innovative Legislation. *IMAJ*, 9, 550-552.
- Tao Lai Po-Wah J: Is just caring-possible? Challenge to bioethics in the new century. In: Cross-cultural perspectives on the (im)possibility of global bioethics; hrsg. v. Tao Lai Po-Wah J; Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London 2002a
- Tao Lai Po-Wah J (Ed.). *Cross-cultural perspectives on the (im)possibility of global bioethics*; Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London 2002b.
- Turner L (2004): Bioethics in pluralistic societies. *Med Health Care Philos*, 7, 201-208.
- Turner L (2005): From the Local to the Global: Bioethics and the Concept of Culture. *J Med Philos*, 30, 305-320.
- Tylor E B: Die Anfänge der Cultur: Untersuchungen über die Entwicklung der Mythologie, Philosophie, Religion, Kunst und Sitte. Nachdruck der Ausg. Leipzig 1873. Olms, Hildesheim 2005.
- Vieth A: Einführung in die Angewandte Ethik. WBG, Darmstadt 2006.
- Vincent J-L (1999): Forgoing life support in Western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*, 27(8), 1626-1633.
- Voltz R, Akabayashi A, Reese C, Ohi G, Sass H-M (1998): End-of-life Decisions and Advance Directives in Palliative Care: A cross-cultural Survey of Patients and Health-care Professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16(3), 153-162.
- Voltz R, Akabayashi A, Reese C, Ohi G, Sass H-M (1999): Attitudes of healthcare professionals toward clinical decisions in palliative care: a cross-cultural comparison. *J Clin Ethics*, 10(4), 309-315.
- Voltz R, Galushko M, Walisko J, Pfaff H, Nauck F, Radbruch L, Ostgathe C (2010): End-of-life research on patients' attitudes in Germany: a feasibility study. *Support Care Cancer*, 18, 317-320.
- Wehkamp K-H: Sterben und Töten. Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Studie. (Vol. 23); Humanitas, Dortmund 1998.
- Wenger N S, Carmel S (2004): Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. *Mt Sinai J Med*, 71(5), 335-343.
- Wiesemann C, Biller-Andorno N, Frewer A, Andorno R: Medizinethik. Thieme, Stuttgart 2005.
- Wietchner N (1998): The influence of religious values on medical ethics in Israel. *J Int Bioethique*(9), 1-2.
- Woellert K, Schmiedebach H-P: Sterbehilfe. Ernst Reinhardt Verlag, München 2008.
- Wohlrapp H (2000): Die kulturalistische Wende. Eine konstruktive Kritik. *Dialektik. Z Kulturphilosophie*(1), 105-122.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. S. Schicktanz für die freundliche Überlassung des Themas sowie die fachkundige und kompetente Betreuung der Promotion, die ich als große Bereicherung für meine Arbeit erlebe.

Ich möchte mich herzlich bedanken bei Dr. J. Inthorn aus der Abteilung für Ethik und Geschichte in der Medizin, die mir bei der Bewältigung der Promotion mit viel Geduld und Engagement sehr hilfreich zur Seite gestanden hat.

Lebenslauf

Am 18.12.1985 wurde ich als Tochter der Psychologin Karin Rentsch und des Chemikers Harald Rentsch in Leipzig geboren. 1990 erfolgte ein Umzug nach Hanau, wo ich aufwuchs. Dort besuchte ich die Limeschule und das Karl-Rehbein-Gymnasium, welches ich 2005 mit dem Abitur abschloss.

Im Oktober 2005 begann ich das Studium der Humanmedizin an der Georg-August-Universität in Göttingen.

Den vorklinischen Studienteil schloss ich im September 2007 mit dem Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung ab. Während des klinischen Studienabschnitts studierte ich für ein Semester an der Università degli Studi in Bologna Altgriechisch und Kulturanthropologie.

Im Juni 2012 beendete ich mit dem Bestehen des Zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung das Studium der Humanmedizin und erhielt meine Approbation.

Von Januar bis November 2013 war ich in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Auguste-Viktoria-Klinikum in Berlin tätig. Seit Februar 2014 arbeite ich in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Hanau.

Seit Februar 2010 promoviere ich in der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen unter Anleitung von Frau Prof. Dr. S. Schicktanz.