

Selbstbestimmung am Lebensende

Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Im Rahmen der Debatten, die in Europa – abgesehen von den Niederlanden, Belgien und der Schweiz, z. B. in Ungarn [4] oder im Europaparlament – stattfinden, verstärkt sich auch in der Bundesrepublik Deutschland das öffentliche und rechtspolitische Interesse am Umgang mit dem Ende des menschlichen Lebens. In den Voten, die von der Bundesärztekammer, den Kirchen, der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz oder sonstigen Gremien stammen, besteht Konsens, dass die Schmerztherapie noch stärker genutzt und die palliative Medizin flächendeckend ausgebaut werden sollte. Darüber hinaus gelangen derzeit Probleme im Umkreis der aktiven Sterbehilfe in den Blick. Ein erhebliches Dilemma erwächst daraus, dass sich aktive, indirekte und passive Sterbehilfe zum Teil überschneiden und begriffliche sowie faktische Abgrenzungen zwischen diesen Handlungsarten in bestimmten Fällen kaum noch benennbar sind. In Deutschland haben im Jahr 2004 Institutionen, von denen aktive Sterbehilfe per se abgelehnt wird, namentlich die Kirchen, die Initiative ergriffen und diesem Thema öffentliche Aufmerksamkeit verschafft [2, 3]. Andererseits hat die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften in ihren Richtlinien und Empfehlungen über „Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen“ („Definitive Version“, 2004, II.5.2 und III.5) oder über die „Betreuung von Patienten am Lebensende“ (05.02.2004, II.4.1) Kriterien dargelegt, aufgrund derer es vorstellbar sei, der Bitte eines Patienten um medizinisch assistierten Suizid

nachzukommen [10]. Am 30.04.2004 stellte der Justizminister des Landes Rheinland-Pfalz, Herbert Mertin, nun den Bericht „Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten“ vor, den die unter seinem Vorsitz tagende, von der Landesregierung Rheinland-Pfalz eingerichtete Bioethik-Kommission am 23.04.2004 beschlossen hatte.¹ Der Kommission gehören Juristen, Mediziner, Philosophen, Theologen (unter ihnen der Verfasser dieses Beitrags), Vertreter des öffentlichen Lebens und mehrerer Ministerien an. Der Kommissionsbericht ist ungeachtet seines erheblichen Umfangs an manchen Stellen noch präzisierbar. Durch seine Thesenstruktur ist er revisionsfähig angelegt, sofern begründete Einwände erhoben werden.

Recht auf Selbstbestimmung

Den normativen Kern des von der interdisziplinären, interministeriellen Kommission erarbeiteten Votums bilden der im Grundgesetz verankerte Schutz der Menschenwürde, zu der das Sterben in Würde hinzugehört, sowie das Recht des Einzelnen auf Freiheit und Selbstbestimmung. Letzteres zu betonen, durchzieht den Kommissionsbericht wie ein roter Faden. Das individuelle Selbstbestimmungsrecht ergibt sich aus der

¹ Im Internet über <http://www.jm.justiz.rlp.de/root/Bioethik> oder über <http://www.justiz.rlp.de>.

in Artikel 1 des Grundgesetzes garantierten Menschenwürde und wird darüber hinaus u. a. durch Artikel 2 Absatz 1 gesichert. Der Bioethik-Kommission zufolge hat der Rechtsstaat gerade auch angesichts der existentiellen Lasten, die sterbenden Menschen durch die moderne Medizin aufgeladen werden, Schutzpflichten zu übernehmen und für die Garantie der individuellen Freiheitsrechte einzustehen, damit der Prozess des Sterbens mit den eigenen Entscheidungen und den persönlichen Wert- und Würdevorstellungen der betroffenen Menschen vereinbar bleibt. Medizinethisch kristallisiert sich zunehmend die Einsicht heraus, dass die Perspektive der einzelnen Menschen selbst dafür maßgebend ist, was unter einem ihrer Würde gemäßen Sterben letztlich zu verstehen ist [11]. Auf der Basis dieser Argumentation hat die Bioethik-Kommission herausgearbeitet, dass der Staat das Grundrecht des Einzelnen auf Selbstbestimmung, einschließlich der Selbstbestimmung bei Fragen von Gesundheit, Krankheit und Sterben, nicht einschränken soll, sondern es durchweg zu stützen hat. Auch angesichts des Sterbens sind die die Selbstbestimmung absichernden Prinzipien „in dubio pro dignitate“ sowie „salus ex voluntate aegroti“ maßgebend (vgl. These 1 des Berichtes und ihre Erläuterung). Sie führen zu den Überlegungen, die der Bericht dann im Einzelnen zur passiven Sterbehilfe und zur Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen, darüber hinaus zum Umgang mit Wachkomapatienten, zum medizinisch assistierten Suizid oder zur Problematik der Tötung auf Verlangen sowie zu weiteren Themen (Entscheidungen bei Minderjährigen, Problematik der perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) als Ernährungssonde, Problematik der Vertragsfreiheit von Pflegeeinrichtungen u. a.) vorträgt.

Rechtsstaatliche Transparenz auch in Extremsituationen

In der Öffentlichkeit erregte Aufsehen, dass der Kommissionsbericht in dem Kapitel, das sich mit „Patientinnen oder Patienten mit

aussichtsloser Prognose im Endstadium ihrer Erkrankung“ befasst, in These 14 („Aktive Sterbehilfe“) den Alternativentwurf eines Gesetzes zur Sterbehilfe zu § 216 (Tötung auf Verlangen) aus dem Jahr 1986 aufgreift. In einzelnen extremen Grenzsituationen, in denen sogar die weit reichenden Möglichkeiten der Schmerztherapie und palliativmedizinische Hilfen nicht greifen, soll der Gesetzgeber für den Fall, dass ein authentischer, ausdrücklicher, nachhaltiger Wunsch eines Patienten nach Lebensbeendigung besteht, es für zulässig erklären, denjenigen, der diesem Wunsch nachkommt, nicht zu bestrafen. Die Bioethik-Kommission wahrte mit ihren ganz auf Ausnahmefälle und Einzelschicksale ausgerichteten Formulierungen Distanz gegenüber der generalisierenden Tolerierung aktiver Sterbehilfe, die z. B. in den Niederlanden existiert, und betonte, dass die niederländische Regelung aufgrund ihrer Ausweitungsgefahren und sonstiger Probleme auf die Bundesrepublik Deutschland nicht übertragbar ist. Andererseits ist ethisch aber nicht vertretbar, die Augen davor zu verschließen, dass sich bei einzelnen Krankheitsschicksalen trotz der Fortschritte der Schmerz- und Palliativmedizin Schmerzen nicht hinreichend lindern lassen oder Umstände eintreten können, die die Betroffenen selbst als in einem solchen Maß untragbar, entpersönlichend [7] und entwürdigend empfinden, dass sie ein Ende ihres Lebens vorziehen.

Das Sondervotum des katholischen Moraltheologen Johannes Reiter, dem sich der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer Christoph Fuchs anschloss, und die beiden Kirchen lehnen das Anliegen der These 14, individuelle Ausnahme- und Extremfälle zu berücksichtigen, ab. Auch der Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz, Kurt Beck, folgte dem Einwand, durch die Überlegungen der Kommission werde die „Tür zur aktiven Sterbehilfe endgültig geöffnet“.² Dem evangelischen Kirchenpräsidenten Peter Steinacker zufolge hat die Kommission

² dpa. Zit. nach: Generalanzeiger Bonn 04.05.2004, S. 5.

die Menschenwürde als Schmerzlosigkeit definiert.³ Das Sondervotum von J. Reiter und C. Fuchs stützt sich darauf, dass die Gabe von Schmerzmitteln, die als indirekte Nebenfolge den Tod bewirkt, statthaft ist. Hierdurch erübrige es sich, Abwägungen über eventuelle Straffreiheit bei einer Tötung auf Verlangen überhaupt vorzunehmen.

Dieser Sicht ist jedoch entgegenzuhalten: Es sollte keiner Entwicklung Vorschub geleistet werden, aufgrund derer, von zulässiger indirekter bzw. – wie es in der Schweiz inzwischen präzisierend heißt – “indirekter aktiver“ Sterbehilfe sprechend, aktive Sterbehilfe dann in verdeckter Form praktiziert werden könnte. In dieser Hinsicht sollte keinerlei Grauzone entstehen. Dies gilt zumal deshalb, weil „heute bekannt“ ist, „dass Schmerzmittel und Sedativa, wenn sie ausschließlich zur Symptomkontrolle in der letzten Lebenswoche korrekt eingesetzt werden, nicht mit einer Verkürzung der Überlebenszeit assoziiert sind“ ([10], III.3.1). In einer Diskussion in der Mainzer Staatskanzlei am 28.04.2004 bezeichneten der Philosoph Dieter Birnbacher und der Jurist Klaus Kutzer ferner die terminale Sedierung von Patienten als die wegweisende Alternative zu These 14. So sehr terminale Sedierung ggf. zu bedenken ist, sind u. a. mit Blick auf Erfahrungen in den USA hierzu aber ebenfalls ethische Rückfragen geboten, auch aufgrund von Missbrauchs-, Ausweitungs- und Grenzziehungsproblemen ([8], S. 111 f.).

Für die Bioethik-Kommission war leitend, Generalisierungen zu vermeiden und keinem „slippery slope“ Vorschub zu leisten, sondern zur Transparenz aufzurufen, Grauzonen vorzubeugen und die Grenzen medizinischer Behandlungsmöglichkeiten offen anzusprechen. Daraus resultierte die Erwägung, dass der Rechtsstaat aus Gründen der Achtung vor dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht einzelner Patienten und in Anbetracht eines rechtfertigenden Notstandes bei einer Lebensbeendigung, die in aussichtslosen Fällen auf ausdrückliches

Verlangen des Betroffenen erfolgt, Straffreiheit zulassen kann.

Medizinisch assistierter Suizid

In den Thesen 22–25 befasst sich die Kommission, wiederum angesichts von Grenz- und Ausnahmefällen, mit dem medizinisch assistierten Suizid. Sie erinnert an die Aporie der geltenden deutschen Rechtslage, die Beihilfe zum Suizid zwar straffrei lässt, andererseits aber eine Hilfeleistungspflicht Dritter statuiert, sobald der Suizidversuch eingesetzt hat. Diesen Widerspruch korrigierend, lautet These 24 des Votums: „Die Pflicht zu Rettungsmaßnahmen... sollte nach Auffassung der Kommission nicht angenommen werden, wenn die Suizidentin oder der Suizident nach ihrem oder seinem deutlich erkennbar geäußerten Willen auf Hilfe verzichten und ihr oder sein Leiden beenden wollte“. Sofern bei einem Patienten ein Suizidwunsch besteht, sollte der Arzt mit dem Patienten und ggf. auch dessen Angehörigen einen Dialog führen, um zu bewirken, dass er seinen Suizidwunsch hinter sich lässt. Letztlich kann sich dann aber doch das Problem stellen, ob die Beihilfe eines Arztes zum Suizid in Ausnahmefällen mit seiner Arztrolle vereinbar ist. Für die Kommission fiel ins Gewicht, dass die wohlbedachte Entscheidung eines Patienten, sein Leben beenden zu wollen, unter besonderen Umständen, um der Achtung vor seiner Person und seiner individuellen Selbstbestimmung willen Vorrang besitzen kann vor dem generellen, überindividuellen Anliegen, die Arztrolle als solche zu schützen. Eine Minderheit hat diesem Votum allerdings nicht zugestimmt.

Selbstbestimmung bei Wachkomapatienten

These 19 behandelt Probleme der Sterbehilfe bei Wachkomapatienten. Weil Patienten mit apallischem Syndrom keine Sterbenden sind, unterstreicht die Kommission die Notwendigkeit der pflegerischen Begleitung und das Gebot möglichst frühzeitiger Maß-

³ epd 07.05.2004.

nahmen zur Rehabilitation. Der medizinische und naturwissenschaftliche Erkenntnisstand über das apallische Syndrom ist nach wie vor begrenzt, so dass ethische und rechtliche Erwägungen im Licht neuer neurologischer Einsichten ggf. präzisiert oder korrigiert werden müssen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist aber festzuhalten, dass nach langer Dauer die Chance auf eine – und sei es nur ganz eingeschränkte – Wiederherstellung von Patienten zu einem bewussten, kommunikativen Leben gegen Null sinkt. Wenn Patienten in einer Patientenverfügung eindeutig festgelegt haben, die künstliche Ernährung solle beendet werden, greift ihr Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, da solche Verfügungen der Kommission zufolge rechtswirksam sind.

Besondere Schwierigkeiten brechen auf, wenn keine vorherige eindeutige Willensbekundung vorliegt. In solchen Fällen wird nach langem Verlauf des Wachkomas der mutmaßliche Wille des Patienten relevant. Zur Ermittlung eines mutmaßlichen Willens sind dem Kommissionsvotum zufolge stets sehr strenge Maßstäbe anzulegen (vgl. These 8). Es muss sich um „tatsächliche Feststellungen“ über „den wirklichen Willen“ handeln. Dabei sind die persönlichen Wertüberzeugungen sowie frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten von Belang. Gemäß dem Grundansatz des Votums, das individuelle Freiheits- und Selbstbestimmungsrecht zu betonen, sind in diesem Zusammenhang die persönlichen religiösen Einstellungen eines Patienten maßgebend, und es darf nicht nur abstrakt auf Normen der Konfession oder Religion abgehoben werden, der ein Patient formal angehört. Spezielle Schwierigkeiten entstehen, wenn der Wille eines Patienten nicht eindeutig bekundet ist, daher sein mutmaßlicher Wille rekonstruiert werden muss, und wenn zwischen Arzt und Gesundheitsbevollmächtigtem oder Betreuer eine Meinungsdifferenz über den Willen und über Fortsetzung versus Beendigung der Behandlung herrscht. Im Zweifel und Konfliktfall ist das Vormundschaftsgericht an-

zurufen, das seinerseits ebenfalls dem Willen des Patienten verpflichtet ist.

Zu der schwer wiegenden Frage, welcher Stellenwert dem mutmaßlichen Willen für den Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten zukommt, ist dem Kommissionsbericht ein Sondervotum des Ld. Ministerialrats Frank Hennecke beigefügt, das meines Erachtens hohes Gewicht besitzt. Es argumentiert, dass bei der Ermittlung eines mutmaßlichen Willens immer erhebliche Unsicherheitsfaktoren in Rechnung zu stellen sind, und zieht die Konsequenz, ein Behandlungsabbruch dürfe nur dann in Betracht kommen, wenn zwischen Arzt und Betreuer Einvernehmen besteht und zusätzlich eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung vorliegt. Die Plausibilität dieses Sondervotums resultiert daraus, dass der „mutmaßliche Wille“ ein dehnbarer Begriff ist und willkürliche, dem Betroffenen nicht gerecht werdende Interpretationen denkbar sind. Andererseits enthält der von der Kommissionmehrheit beschlossene Text Absicherungen, die einen vorschnellen irreversiblen Behandlungsabbruch verhindern sollen. Hierzu gehört, dass ein unabhängiger Arzt gutachtlich zu Rate gezogen werden muss. In grundsätzlicher Hinsicht wird ferner darauf aufmerksam gemacht, dass Patienten mit apallischem Syndrom nicht mehr aus eigenen Möglichkeiten, sondern letztlich nur aufgrund technischer Substitution leben, so dass der Behandlungsabbruch als Unterlassen gelten kann.

Künstliche Ernährung

Beim Umgang mit Wachkomapatienten spielt die künstliche Ernährung mit Hilfe einer Magen- (PEG-)Sonde eine Rolle. Diese Problematik wird generell in der These 29 erörtert. Da es sich um einen invasiven Eingriff handelt, bedarf das Legen einer PEG-Sonde der Zustimmung des Patienten und ist nicht der medizinischen, mitmenschlichen und pflegerischen Basisversorgung zuzuordnen, die Ärzte und Krankenhaus stets, auf jeden Fall, zu leisten haben. Daher kann es rechtsmissbräuchlich

sein, wenn Pflegeeinrichtungen es vorab zur Aufnahmebedingung machen, dass Patienten eine PEG-Sonde akzeptieren müssen. Der katholische Theologe Johannes Reiter und der Mediziner Christoph Fuchs haben zu These 29 abweichend votiert und sich auf Papst Johannes Paul XXIII. berufen, dem zufolge die künstliche Ernährung „zu den natürlichen Mitteln der Lebenserhaltung“ gehöre und „ihre Anwendung deshalb als normal und als moralisch verpflichtend“ zu erachten sei.

Zu diesem Thema scheint in der katholischen Kirche und für die katholische Theologie in der Tat kein Spielraum zu bestehen. Im März 2004 hat der Vatikan erklärt, beim Wachkoma sei ein Abbruch der künstlichen Ernährung sogar dann nicht statthaft, wenn der Patient selbst dies verfügt habe.⁴ Während die evangelische ebenso wie die philosophische Ethik persönliche Gewissensurteile, normative Abwägungen und die Berücksichtigung konkreter Handlungsumstände aus guten Gründen akzeptiert, entscheidet die katholische Kirche angesichts des Wertkonfliktes, der zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung einerseits und dem Lebensschutz andererseits aufbrechen kann, per se zugunsten eines absoluten Lebensschutzes ([9], S. 59–70; S. 149f). Das Lebensrecht, das jedem Menschen ohne Einschränkung und Vorbedingung zusteht, wird hiermit freilich zur Lebenspflicht überdehnt. Abgesehen von der ethischen Problematik eines solchen Normativismus lässt sich diese kirchliche Position mit dem grundrechtlich verbürgten Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und der geltenden Rechtslage, die einen medizinischen Eingriff gegen den eigenen Willen untersagt, schwerlich vereinbaren.

Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen

Da die Bioethik-Kommission das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung als ethisch

grundlegend ansieht, bildet die Verbindlichkeit und Gültigkeit von Patientenverfügungen einen, ja geradezu den Schwerpunkt ihres Votums. Sie empfiehlt, die Rechtsverbindlichkeit auf gesetzlichem Niveau klarzustellen. Obwohl der Bundesgerichtshof die Bindungswirkung von Patientenverfügungen wiederholt bekräftigt hat, treten bei Ärzten, Angehörigen und sogar Gerichten [1] nach wie vor Zweifel zutage, ob und in welchem Maß solche Verfügungen rechtlich verpflichtend sind. Um Handlungssicherheit und Vertrauensschutz zu schaffen, sollte daher der Gesetzgeber selbst die Tragfähigkeit sowie die Reichweite von Patientenverfügungen – nämlich für die unmittelbare Sterbephase, aber auch für vorherige Phasen irreversibler Krankheit – festlegen. Die Bioethik-Kommission geht über die Voten anderer Institutionen, darunter der Bundesärztekammer, in doppelter Hinsicht hinaus, da sie 1. die Rechtsverbindlichkeit einfordert und hierfür 2. konkrete Bedingungen als Voraussetzung nennt. Patientenverfügungen sollen schriftlich vorliegen, hinreichend konkret sein und auf vorheriger, insbesondere ärztlicher Information und Aufklärung beruhen (These 5/Empfehlung 4).

Indem der Nachweis einer Beratung verlangt und „idealerweise“ ein „längerer Reflexionsprozess“ nahe gelegt wird, soll vermieden werden, dass unbedacht oder vorzeitig verfasste Verfügungen in späteren Situationen, in denen es um Leben und Tod geht, den Ausschlag geben. Das Kriterium, dass die Patientenverfügung hinreichend konkret zu sein hat, rückt zugleich ins Licht, dass z. Z. vorformulierte Formulare von Patientenverfügungen in Umlauf sind, die so vage und allgemein bleiben, dass sie für den behandelnden Arzt keine wirkliche Hilfestellung bieten und ihn schon gar nicht binden können. Davon abgesehen hält die Bioethik-Kommission fest, dass auch sonstige mündliche oder schriftliche Äußerungen eines Patienten stets relevant sind und beachtet werden müssen, wenn in einer Situation, in der er sich nicht mehr äußern kann, die Ermittlung seines – in diesem Fall

⁴ KNA 16.03.2004.

mutmaßlichen – Willens notwendig wird. In Patientenverfügungen, die ärztliches Handeln rechtlich wirklich binden sollen, müssen konkrete Krankheitsverläufe aber paradigmatisch verdeutlicht sein und die Entscheidungen und Bewertungsmaßstäbe des Patienten eindeutig zutage treten.

Freiheit und Selbstbestimmung in ihrer Leitbildfunktion

Kulturgeschichtlich stellt es einen ganz neuen Sachverhalt dar, dass Menschen in Patientenverfügungen über den hypothetischen Verlauf ihres eigenen künftigen Sterbens vorab Festlegungen treffen können und dies auch tun sollten. Die Notwendigkeit hierzu resultiert aus dem technischen Fortschritt der Medizin und aus dem Umstand, dass anstelle des früher gefürchteten plötzlichen Todes inzwischen ein langes, als sinnlos, entpersönlichend und unwürdig empfundenes, künstlich verlängertes Sterben zum Gegenstand der Sorge wird. Menschlich bildet es eine große Herausforderung, über die Umstände des eigenen künftigen Sterbeprozesses vorab zu entscheiden. Daher ist einzuräumen, dass das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, das die Bioethik-Kommission in den Vordergrund gerückt hat, und die damit verbundene Steigerung der Verantwortung des Individuums für sich selbst existentiell auch zur Belastung werden kann. Um so notwendiger werden die sachgemäße Information und die Beratung durch Ärzte. Interessierte Menschen können ferner didaktisch geeignete Vorbereitungsmaterialien zu Rate ziehen, um zu einer eigenständigen Meinung über die Inhalte zu gelangen, die ihre persönliche Patientenverfügung enthalten sollte ([5], S. 166–177; [6], S. 89–113). Sofern fundierte Beratung und Information zur Basis von Patientenverfügungen werden, vermag der häufig erhobene Einwand nicht mehr zu greifen, das Postulat der Selbstbestimmung laufe ins Leere oder führe zu verschleierter Fremdbestimmung, die daraus resultiere, dass auf Patienten äußerer Druck ausgeübt werde. Für die beim Mainzer Justizministerium angesiedelte

Bioethik-Kommission stand im Zentrum, dass der Gesetzgeber Klarheit herstellt, was die juristische Bindungswirkung und Reichweite von Patientenverfügungen anbetrifft. Ihren normativen Grundgedanken, das Recht auf Selbstbestimmung auch angesichts des Sterbens, hat die Kommission aber ebenfalls in anderer Hinsicht entfaltet, etwa in Bezug auf das Recht auf Privatsphäre und auf Religionsfreiheit. Daher heißt es in der Empfehlung 1: „Sterbende haben das Recht auf religiösen Beistand ihrer Wahl und sollen im Fall des Aufenthalts im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung ungestört und an einem geeigneten Ort von ihren Nächsten Abschied nehmen können.“ Die Kommission legt also Wert darauf, dass die Würde und die Selbstbestimmung Sterbender unter heutigen Alltagsbedingungen nicht nur medizinisch, sondern genauso in mitmenschlicher, weltanschaulicher und religiöser Hinsicht zu schützen sind und dass im modernen, von technologischen Imperativen geprägten Gesundheitswesen kranke und sterbende Patienten in ihrer leiblich-seelischen Einheit geachtet werden.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Hartmut Kreß

Abt. Sozialethik, Evang.-Theol. Fakultät, Universität Bonn,
Am Hof 1, 53113 Bonn
E-Mail: hkress@uni-bonn.de

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

1. Bockenheimer-Lucius G (2003) Verwirrung und Unsicherheiten im Umgang mit der Patientenverfügung. *Ethik Med* 15:302–306
2. Deutsche Bischofskonferenz (2004) Pressemitteilung vom 24.04.2004 zur Eröffnung der „Woche für das Leben 2004“, im Internet unter <http://dbk.de>. Gesehen Juli 2004
3. Evangelische Kirche in Deutschland, Deutsche Bischofskonferenz (2004) Um Gottes willen für den Menschen! Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens. Hannover Bonn, im Internet unter <http://dbk.de/woche/2004/index.html>. Gesehen Juli 2004
4. Kovács L, Frewer A (2004) „Aktive Sterbehilfe“ auf dem Weg nach Deutschland? Paradigmatische Fälle und die Entscheidung des Verfassungsgerichts in Ungarn. *Ethik Med* 16:75–80

5. Kreß H (2003) Medizinische Ethik. Kohlhammer, Stuttgart
6. Sass HM (2000) Sterbehilfe in der Diskussion. Zur Validität und Praktikabilität wertanamnestischer Betreuungsverfügungen. In: Kreß H, Kaatsch H-J (Hrsg) Menschenwürde, Medizin und Bioethik. LIT, Münster, S 89–113
7. Schmidt-Jortzig E (2002) Die Entpersönlichung des Sterbens. Z Evangel Ethik 46:20–27
8. Schöne-Seifert B (2000) Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holderegger A (Hrsg) Das medizinisch assistierte Sterben. Universitätsverlag u. Verlag Herder, Freiburg/Schweiz, Freiburg/Br, S 98–119
9. Schöpsdau W (2004) Wie der Glaube zum Tun kommt. Wege ethischer Argumentation im evangelisch-katholischen Dialog und in der Zusammenarbeit der Kirchen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
10. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004) Betreuung von Patienten am Lebensende. Im Internet unter <http://www.samw.ch>. Gesehen Juli 2004
11. Siep L, Quante M (2000) Ist die aktive Herbeiführung des Todes im medizinischen Handeln philosophisch zu rechtfertigen? In: Holderegger A (Hrsg) Das medizinisch assistierte Sterben. Universitätsverlag u. Verlag Herder, Freiburg/Schw, Freiburg/Br, S 37–55

EthikinderMedizin.springer.de „Online First“

Ethik in der Medizin informiert Sie regelmäßig über praxisrelevante Themen und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse Ihres Fachgebiets. Um die Publikationszeiten zu verkürzen und Ihnen einen noch schnelleren Zugriff auf aktuelle Beiträge zu ermöglichen, heißt es ab sofort „Online First“.

Unter dem Begriff „Archiv“ finden Sie auf der Zeitschriftenhomepage den Zugang zum elektronischen Volltextarchiv Ihrer Zeitschrift. Hier stehen Ihnen unter „Online First“ aktuelle Beiträge bereits vor dem Erscheinen der gedruckten Ausgabe als HTML-Version zur Verfügung. Jeder „Online-First“-Beitrag ist durch eine elektronische Identifizierungsnummer, den Digital Object Identifier (DOI), eindeutig gekennzeichnet, sofort zitierfähig und suchbar.

Als besonderen Zusatznutzen enthält die HTML-Version Referenz-Verlinkungen, die Sie direkt zu den Originalzitaten auf SpringerLink, ChemPort und Pubmed führen. Ein Service, der Ihnen ein Mehr an Informationen in Ihrem Fachgebiet sichert.

**Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?
Wir freuen uns über Ihre E-Mail an
springerlink@springer.de
Ihre Redaktion Fachzeitschriften
Medizin/Psychologie**