

Die Sterbehilfe-Debatte in Deutschland und Frankreich

Gesellschaftsproblem und sozialer Sachverhalt

Ruth Horn

Einleitung

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich damit, warum die moralische Frage nach dem Selbstbestimmungsrecht des Todes zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer Gesellschaft auftritt und wie sie behandelt wird. Dazu werden zwei Länder verglichen, in denen Sterbehilfe verboten ist, nämlich Frankreich und Deutschland. Mit Hilfe einer Analyse der verschiedenen Debatten und Praktiken wird versucht, die Gründe für Bitten nach Sterbehilfe besser zu verstehen, ohne jedoch das moralische Problem der Sterbehilfe lösen zu wollen. In einem ersten Schritt wird auf die unterschiedlichen Bedeutungen des Begriffs der „Euthanasie“ im Wandel der Zeit hingewiesen und die unterschiedlichen sozialen, geschichtlichen und rechtlichen Hintergründe der französischen und deutschen Debatte untersucht. Anschließend werden die normativen Schwierigkeiten der Personen hinterfragt, die häufig mit Situationen am Lebensende konfrontiert sind, und in weiterem Sinne, die einer ganzen Gesellschaft. Es soll erfasst werden, warum manche Personen eine bestimmte Handlungsweise als „gut“ und andere sie als „schlecht“ beurteilen, und in wiefern diese Urteile sich durch soziale, historische, berufliche oder persönliche Bedingungen erklären lassen.

Die diesem Artikel zugrundeliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Sterbehilfedebatte in Frankreich und Deutschland seit den 70er Jahren und deren Auswirkungen auf den heutigen ärztlichen Umgang mit Sterbenskranken. Ausgehend von der Annahme, dass die Argumente der Sterbehilfebefürworter oder -gegner nicht nur die Forderung nach dem Recht zu Sterben betreffen, sondern auf Handlungsunsicherheiten bezüglich des „richtigen“ Umgangs mit Sterbenskranken hinweisen (Horn 2004), soll nun aus soziologischer Perspektive die moralische Frage der Sterbehilfe anhand einer vergleichenden Analyse zwischen Frankreich und Deutschland untersucht werden. Grund dieser Wahl ist, dass in beiden Ländern jede Handlung, die willentlich darauf abzielt ein Leben zu beenden, verboten ist, aber unterschiedliche Argumente benutzt werden und auch unterschiedliche ärztliche Praktiken beobachtet werden können.

Auf der Grundlage der Moralsoziologie Durkheims (Durkheim 1906), werden die moralischen Argumente, die seit den 70er Jahren in den Debatten diskutiert werden, be-

leuchtet und ihr Einfluss auf die aktuellen ärztlichen Praktiken aufgezeigt. Mehrere Fragen stellen sich in dem Kontext einer solchen Analyse: Welche Tatsachen und Ereignisse lassen eine solche Frage überhaupt in der Öffentlichkeit aufkommen? Zu welchem Zeitpunkt und in welchem Zusammenhang? Wer sind die hauptsächlichen Akteure und wie diskutieren sie das Problem? Welche Auswirkungen hat die Mediatisierung von Ereignissen, die im Rahmen der Sterbehilfe diskutiert werden? Wie spiegeln sich konkrete medizinische Probleme in der öffentlichen Debatte wider und welchen Einfluss haben sie auf die Entwicklung der Debatte?

1 Die Frage der Sterbehilfe

1.1 Die Selbstbestimmung des Todes: die Diskussion einer moralischen Frage

Im Zuge einer Reihe von technischen Innovationen, die die Lebensverlängerung von einigen Patienten ermöglichten, kamen in den 70er Jahren Debatten auf, die sich mit Grenzen medizinischer Eingriffe und dem veränderten Bezug zu Leben und Tod auseinandersetzen. Zum Beispiel können seither Personen, die früher verstorben wären, Dank Dialyse, Organtransplantation, künstlicher Beatmung oder anderen Reanimationstechniken am Leben erhalten werden. Obwohl das Leben vieler Personen dadurch gerettet werden kann, gab es aber immer wieder Fälle, in denen Personen nur rein „biologisch“ überlebten, ohne jedoch ihre körperliche oder geistige Autonomie bewahren zu können. Manche der reanimierten Patienten lebten jahrelang im Koma weiter, ohne jemals wieder zu Bewusstsein zu kommen, wieder andere konnten nie mehr ihre vorherigen körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erlangen. In Folge solcher Erfahrungen kam die Angst nach einem verlängerten Lebensende ohne jegliche Lebensqualität und abhängig von Maschinen auf. Vor allem diejenigen, die Angehörige oder Freunde unter solchen – als „schrecklich“ empfundenen – Bedingungen sterben sahen, engagierten sich für das Recht, den Moment des Todes selbst bestimmen zu können. Genau genommen, kämpften sie aber vor allem gegen exzessive therapeutische Eingriffe ohne Heilungschancen.

Die Diskussion über das „Recht zu Sterben“ und die Bedingungen des Lebensendes kam zuerst in den Vereinigten Staaten auf. Das Thema war nun nicht mehr nur Problem der Ärzte, sondern wurde von der breiten Bevölkerung diskutiert und in den Medien polemisiert. Die Möglichkeiten, Leben zu verlängern, wurden öffentlich in Frage gestellt und einige ärztliche Praktiken als „inakzeptabel“ betrachtet. An diese Diskussion knüpften schließlich auch andere westliche Länder an. Im Zentrum der Kontroversen waren einerseits der Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen und andererseits

die zahlreichen Fragen, die durch eine solche Entscheidung aufgeworfen werden. Dabei handelte es sich besonders um folgende Fragen: Welche genauen Gründe rechtfertigen einen solchen Abbruch? Welche Kriterien müssen berücksichtigt werden, um eine solche Entscheidung zu treffen? Wer darf darüber entscheiden? In anderen Worten: es geht darum zu wissen, ob die Gesellschaft unter manchen Bedingungen und in manchen Situationen akzeptieren kann, dass Ärzte nicht alles in ihrer Macht Stehende in Bewegung setzen, um Leben zu erhalten oder ob sie darauf besteht, Leben in jedem Fall zu erhalten – auch wenn dies gegen den Willen der betroffenen Person oder der Angehörigen ist.

Bereits Durkheim (Durkheim 1996) beobachtete, dass die Veränderungen der modernen Gesellschaften traditionelle Werte und Normen ins Wanken gebracht haben. So kann nun anschließend daran behauptet werden, dass die Entwicklung der lebensverlängernden Techniken zunehmend das ärztliche *Ethos* in Frage stellte. Denn wenn bisher galt, dass ein Arzt in jedem Fall alle zur Verfügung stehenden Mittel ausschöpfen soll, um Leben zu erhalten, wurde nun mehr und mehr hinterfragt, ob dies in jedem Fall sinnvoll ist. Diese Infragestellung der ärztlichen Handlungsnormen hat zu neuen Formen der Arzt-Patienten-Beziehung geführt. Die erweiterten therapeutischen Möglichkeiten, aber auch die Unsicherheiten bezüglich der Konsequenzen eines lebensverlängernden Eingriffs haben zwei Fragen aufgeworfen: die nach der „richtigen“ Entscheidung und die nach der „richtigen“ Person, die diese Entscheidungen treffen darf. Bis zu welchem Punkt darf der Arzt Entscheidungen für seinen Patienten treffen? Bis zu welchem Grad ist er verantwortlich für das Leben des Patienten? Ab wann muss der Patient das Recht haben, seine Behandlungsoptionen selbst zu wählen? Um auf die neuen Probleme der zunehmenden „Medikalisierung“ des Lebensendes eine Antwort zu finden, müssen nun neue Handlungsprinzipien definiert werden, die gesellschaftlich und moralisch anerkannt werden können.

Um der moralischen Unsicherheit auszuweichen, könnte es in einer modernen pluralistischen Gesellschaft zunächst am einfachsten erscheinen, nach dem jeweiligen Willen des Einzelnen zu handeln (Durkheim 1996: 405). Jedoch zeigt Durkheim, dass die individuelle Selbstbestimmung meist durch die Abhängigkeit vom Kollektiv begrenzt wird. Da das Individuum nur in der Gemeinschaft mit anderen existieren kann, ist auch seine Freiheit durch die Freiheit des Andern begrenzt. Durkheim drückt dies folgendermaßen aus: „Die Verpflichtungen des Individuums gegenüber sich selbst, sind in Wirklichkeit Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft“ (Durkheim 1996: 395). Von diesem Standpunkt aus, ist die Freiheit des Individuums also durch seine Abhängigkeit von dem Andern bedingt, was wiederum die Authentizität seines freien Willen in Frage stellt. Vor diesem Hintergrund stellt sich nun die Frage, was erlaubt werden kann, wenn ein Individuum die Achtung seines „freien“ und „unabhängigen“ Wunsches zu Sterben fordert. Nicht zu vergessen ist dabei, dass das gesellschaftliche Zusammenleben von dem Schutz des Einzelnen abhängt, was sich am deutlichsten in dem universellen Tö-

tungsverbot ausdrückt. Hier wird der individuelle Sterbewunsch also zu einem gesellschaftlichen Problem und besonders komplex, wenn ein Individuum nicht nur seinen Tod wünscht, sondern Beihilfe eines Dritten fordert, um sein Leben zu beenden.

Nun wird auch das Freiheitsprinzip nach John Stuart Mill (Mill 1990: 176-206; Ogien 2009) in Frage gestellt, welcher davon ausgeht, dass ein Individuum frei nach seinem Willen handeln kann, solange es nicht die Freiheit des Andern begrenzt.¹ Wenn dies auch auf einer moralischen und rein theoretischen Ebene gerechtfertigt werden kann, sind die Gegebenheiten in der Praxis jedoch komplexer. Zum Beispiel kann ein Patient, der unter starken Schmerzen leidet, seinen Tod wünschen, obwohl er dies unter anderen Umständen nicht tun würde. Wenn man davon ausgeht, dass die Freiheit in Wirklichkeit von einem Zusammenspiel verschiedener Zwänge und Verpflichtungen abhängt, dann muss auch hinterfragt werden, inwiefern Freiheit unter diesen Bedingungen überhaupt gelebt werden kann.

1.2 Aufklärung der moralischen Frage aus soziologischer Sicht

Um die Vorteile und Nachteile eines Systems, in welchem Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid akzeptiert wird, zu beleuchten, wurden bisher vor allem Berichte und Studien (CCNE 27. Januar 2000: 14; Assemblée Nationale 30. April 2004: 178-185; Deutsches Ärzteblatt seit 1998) über die Situation in Belgien, Holland, der Schweiz, Oregon oder Washington veröffentlicht. Aber wenn man die Unsicherheit bezüglich des richtigen Umgangs mit Sterbenskranken und die Beziehungs- wie auch die Kommunikationsprobleme zwischen Ärzten und Patienten betrachtet, dann scheint die Fokalisierung alleine auf Sterbehilfe nicht gerechtfertigt. Die Probleme, die am Lebensende auftreten sind weitaus komplexer (Horn 2004). Deshalb verglichen wir die Debatte über das Lebensende und die konkreten Handlungen in zwei Ländern, welche aktuell jede Art von aktiver Sterbehilfe ablehnen, durchaus aber eine Debatte darüber führen.

In einem ersten Schritt wurden die Hintergründe der Sterbehilfedebatten in jedem der beiden Länder seit den 70er Jahren untersucht. Anhand einer Literaturanalyse konnten die veränderte Sinnbedeutung des Wortes „Euthanasie“ und die damit in Verbindung gebrachten Praktiken nachgezeichnet werden. Außerdem wurden die verschiedenen Bedeutungen des Wortes aufgegriffen, die sich in den aktuellen internationalen Klassifikationen von Euthanasie widerspiegeln. Vor allem in philosophischen Debatten

¹ Dieses Argument bezieht sich besonders auf die Aussagen von Ruwen Ogien. Indem der Philosoph das Konzept der „minimalen Ethik“ auf der Grundlage von John Stuart Mill vertritt, argumentiert er auf der Basis des Freiheitsprinzips für das Recht, sich selbst zu schädigen.

wird zwischen „aktiver“ und „passiver“, „direkter“ und „indirekter“, „freiwilliger“ und „unfreiwilliger“ Euthanasie unterschieden. Mit Hilfe dieses Vergleichs können vor allem Kenntnisse über die verschiedenen moralischen Ideen, die im Zusammenhang mit diesem Begriff auftauchen, gewonnen werden.

Im Anschluss daran verglichen wir anhand verschiedener Gesetzestexte die legalen Rahmenbedingungen der Handlungen, die in einigen westlichen Ländern, vor allem in Frankreich und Deutschland, als Sterbehilfe verstanden werden. Obwohl diese beiden Länder eine ähnliche Gesetzeslage bezüglich des Verbots, den Tod einer Person herbeizuführen, haben, gibt es in jedem Land verschiedene juristische Prinzipien, welche einen großen Einfluss auf die jeweiligen Debatten und ärztlichen Verhaltensmuster haben.

Weiter haben wir die Entwicklung der französischen und der deutschen Debatten anhand von Pressedossiers seit 1975 nachgezeichnet. Diese Untersuchung hat gewisse Eigenheiten bezüglich des Umgangs mit dem Lebensende und der Forderung nach der Selbstbestimmung des Todes herausgestellt. Die in den Medien diskutierten Ereignisse und die dabei angeführten Argumente halfen, die verschiedenen Werte, Normen und moralischen Prinzipien einer jeden Gesellschaft zu beleuchten.

In einem zweiten Schritt ging es darum die Überzeugungen von Ärzten, die mit Situationen am Lebensende konfrontiert sind, zu untersuchen und ihre alltäglichen Verhaltensweisen zu beobachten. Diese Analyse zielte darauf ab zu verstehen, auf welche „Art ein abstraktes moralisches Problem sich in der Praxis manifestiert [und in unserem Fall auch in der Debatte] und wie es als solches wahrgenommen wird (oder nicht)“ (Bateman 2004: 393/Übersetzung Horn).

In diesem Rahmen haben wir eine ethnographische Arbeit teilnehmender Beobachtung durchgeführt. Diese umfasste von 2005 bis 2007 eine Hospitation in verschiedenen Krankenhäusern: in Frankreich die Begleitung zweier „mobiler“ Palliativteams und eines Teams auf einer Palliativstation; in Deutschland eine Hospitation auf zwei Palliativstationen, die jeweils über einen Konsiliardienst verfügten. Die Feldarbeit ermöglichte die direkte Beobachtung verschiedener Formen des Umgangs mit schwerkranken Patienten, zum einen innerhalb eines Palliativteams und zum andern auf verschiedenen anderen Stationen, welche die Palliativteams dann zur Hilfe holen, wenn sie ein Problem als spezifisch für das Lebensende wahrnehmen.

Zusätzlich zu diesen Beobachtungen wurden 41 Interviews (20 in Frankreich, 21 in Deutschland) mit unterschiedlichen Ärzten sogenannter „kurativer“ und palliativpflegerischen Stationen durchgeführt. Die bei diesen leitfaden-orientierten, semi-direktiven, Interviews angesprochenen Themen betrafen (1) die allgemeine Wahrnehmung der Situation von schwer- oder sterbenskranken Patienten; (2) die Wahrnehmung des Leidens der Patienten; (3) die therapeutischen Entscheidungen am Lebensende; (4) die Einstellungen und das Verhalten gegenüber Sterbewünschen oder -bitten, die von den

Patienten ausgesprochen werden; und (5) die Möglichkeiten sich mit dem Lebensende und dem Tod zu konfrontieren.

Die Beobachtungen wurden mit den Aussagen der Ärzte verglichen, um einerseits zu sehen welche Situationen von französischen und deutschen Ärzten als Situationen des Lebensendes wahrgenommen werden, und andererseits zu verstehen, in welchen Situationen schwierige Momente aufkommen und wie die Ärzte in diesen reagieren – vor allem welche Mittel sie dabei einsetzen.

2 Euthanasie: Wovon wird dabei gesprochen?

2.1 Die Bedeutung des Wortes und die darauf bezogenen Praktiken

Die Untersuchung der Debatte hatte gezeigt, dass die Diskussion über Euthanasie, was etymologisch der „gute Tod“ bedeutet, besonders schwierig ist, da dem Begriff im Laufe der Zeit verschiedene Bedeutungen zukamen. War der „gute Tod“ in der Antike der selbstbestimmte und heldenhafte individuelle Tod, so gewann ab dem Mittelalter der andere eine bedeutende Rolle in Bezug auf die Vorbereitung auf den Tod (*ars moriendi*) und die Begleitung des Sterbenden. Seitdem wurde eine dritte Person zunehmend als verantwortlich gesehen, einen Sterbenden zu begleiten – zunächst auf spiritueller Ebene und später auch auf medizinischer. Das Zusammenspiel der seelischen und körperlichen Leiden wurde zuerst von Thomas Morus und später expliziter von Francis Bacon aufgegriffen. Dem Arzt kam dabei zunehmend die Aufgabe der Schmerzlinderung zu. Anfang des 20. Jahrhunderts weitete sich die Idee des ärztlich begleiteten Todes von Sterbenskranken auf unheilbar Kranke im Allgemeinen aus. Einige Wissenschaftler und Ärzte forderten sogar, dass der Arzt nicht nur die schwer Leidenden, sondern alle hoffnungslos Kranken durch den Tod von ihrer Erkrankung „erlösen“ sollte – und dies auch ohne Einwilligung der Kranken. Seitdem die Naziärzte auf brutalste Weise ein solches sogenanntes „Euthanasie-Programm“ durchgeführt haben, werden diese Praktiken unweigerlich mit Tötung oder Mord gleichgesetzt. Obwohl die heutigen Sterbehilfedebatten der verschiedenen westlichen Länder die ganze Palette der unterschiedlichen historischen Bedeutungen des „schönen Todes“ oder der „Euthanasie“ widerspiegeln, wiegt die der Tötung am schwersten für die moralischen Überlegungen.

So werden auch erst nach den öffentlichen Anklagen der Nazi Euthanasien in der bioethischen und philosophischen Literatur binäre Klassifikationen eingeführt, welche

jeweils eine als verboten und eine als erlaubt angesehene Handlung gegenüber stellen: seither wird geläufig unterschieden zwischen freiwilliger/unfreiwilliger, aktiver/passiver oder direkter/indirekter Euthanasie. Können diese Gegenüberstellungen in der Theorie unterschieden werden, so sind die Handlungen in der Praxis jedoch nicht immer klar voneinander zu unterscheiden und die moralische Bewertung der einen oder anderen Praktik hängt stark von der jeweiligen Situation, der Absicht des Handelnden und seiner Erfahrung ab. So sind denn auch die Meinungen bezüglich des richtigen Umgangs mit dem Lebensende sehr unterschiedlich innerhalb einer Gesellschaft und zwischen verschiedenen Gesellschaften.

Die eingeführten Klassifikationen deuten vor allem auf drei moralische Dimensionen der Sterbehilfeproblematik hin: die Einwilligung des Patienten, also sein Wille, die Unterscheidung zwischen Sterben „herbeiführen“ und sterben „lassen“ und die Absicht des Handelnden. Diese drei Dimensionen finden sich auf unterschiedliche Weise in den juristischen (oder nicht juristischen) Definitionen der Sterbehilfe wieder. Alle Länder verbieten und bestrafen die Tötung, das heißt jede Handlung die den Tod eines andern herbeiführt. Jedoch definieren nicht alle Länder die gleichen Handlungen als Tötung oder erkennen bestimmten Handlungen einen besonderen Status zu. Zum Beispiel wird in Holland die aktive, von einem Arzt unter bestimmten Umständen durchgeführte Sterbehilfe nicht der Tötung gleichgesetzt. In Belgien wird bei der Durchführung einer solche Handlung unter bestimmten Umständen von Strafverfolgung abgesehen, gleichwohl sie nicht grundsätzlich als straffrei gilt. Und in den meisten westlichen Ländern wird unterschieden zwischen den Handlungen, die den Tod herbeiführen und denen, die den Tod zulassen. Aber in Italien zum Beispiel wird ein solches Sterbenlassen einem Mord gleichgesetzt.² Das am häufigsten angeführte Argument, um diese Unterscheidung zu rechtfertigen, betrifft die Einwilligung des Patienten, aber nicht alle Länder geben ihm das gleiche Gewicht. In Holland zum Beispiel rechtfertigt die Patienteneinwilligung die Durchführung aktiver Sterbehilfe, aber in Deutschland, wo insbesondere seit der Verfassung von 1949 Wert auf die Achtung der Patientenautonomie gelegt wird,

2 Obwohl heute die meisten westlichen Länder einen Therapieabbruch auf Wunsch des Patienten als legal ansehen, betrachten manche Länder, wie es sich zum Beispiel beim italienischen Fall der Eluana Englaro zeigte, eine solche Praktik als „Mord“. Die 39jährige Patientin war in Folge eines Verkehrsunfalls seit 17 Jahren im Zustand eines irreversiblen vegetativen Komas. Nachdem der Vater seit 10 Jahren um das Recht kämpfte, die künstliche Ernährung einzustellen, wie es nach Angaben der Familie der Wunsch der Patientin gewesen wäre, war Anfang Februar 2009 endlich eine Klink bereit, dies durchzuführen. 6 Tage später, am 9. Februar, wurde der Tod der Patientin öffentlich bekannt gegeben. Der von Anfang an heftig polemisierte Fall unterlag einem starken Druck von Seiten der katholischen Kirche, des Vatikan, des Präsidenten Silvio Berlusconi, des Präsidenten der Ärzteschaft, regionalen Politikern und einem geringen Teil der Bevölkerung, welche den Vater der Patientin schließlich auch als „schrecklichen Mörder“ anklagten. Die daraufhin angeforderte Autopsie ergab jedoch, dass die Patientin eines natürlichen Todes starb, der in Folge der Nahrungseinstellung eintrat.

bleibt eine solche Praktik verboten. Und noch andere Länder, wie zum Beispiel Frankreich, ziehen vor allem die Handlungsabsicht des Arztes in Betracht und weniger die Selbstbestimmung eines Kranken.

2.2 *Die Sterbehilfe-Debatten in Frankreich und Deutschland*

In Frankreich drehte sich die Diskussion der 70er und 80er Jahre häufig um Anklagen gegen therapeutische Überbehandlungen von Ärzten und um dramatische Schicksale von Patienten, die für ihre „letzte Freiheit“ kämpften, ihren Tod selbst zu bestimmen. Insgesamt verweisen diese Fälle auf eine „paternalistische“ Tradition, nach der dem Arzt die alleinige Entscheidungsmacht zukommt und dieser sehr an dem therapeutischen Erfolg orientiert handelt. Die Medien, die stark von militanten Vereinen beeinflusst waren, haben eine wichtige Rolle dabei gespielt, das Problem in die Öffentlichkeit zu tragen. Seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre wurde in der Presse viel über Sterbehilfe diskutiert (Fondation Nationale des Sciences Politiques 1975f), die mal als Tötung, mal als Mitleidshandlung definiert wurde. Um die immer stärker werdenden Forderungen nach aktiver Sterbehilfe zu dämmen, versuchte die Palliativbewegung sich als Alternative zu präsentieren und am 9. Juni 1999 wurde tatsächlich ein Gesetz über das Recht jedes Patienten auf Palliativversorgung erlassen (Gesetz n°99-477). Zunächst hofften die öffentlichen Verantwortlichen, dass dieses Gesetz ausreichen würde, die Spannungen innerhalb der Gesellschaft zu reduzieren. Jedoch bringt erst der Fall des Vincent Humbert und dessen enorme Mediatisierung im Jahr 2002 große Veränderungen mit sich.³ Erst dieses Ereignis brachte die politisch Verantwortlichen zu einer echten ernsthaften Auseinandersetzung mit dem bis dahin eher vermiedenen Thema des Lebensendes. In Folge der heftigen Debatten um den Fall, setzte sich eine parlamentarische Arbeitsgruppe „bezüglich der Rechte sterbenskranker Patienten“

3 Der junge querschnittsgelähmte Mann hatte 2002 den damaligen Präsidenten Jacques Chirac in einem Brief um das Recht auf aktive Sterbehilfe gebeten, welches ihm verweigert wurde. Seine Mutter verabreichte ihm daraufhin eine tödliche Dosis von Barbituraten, woraufhin der Patient in ein Koma verfiel. Die zuständigen Ärzte hatten daraufhin versucht ihn zu reanimieren, bis der verantwortliche Arzt Dr. Chaussoy einwandte, keine exzessiven Eingriffe mehr zu unternehmen, da dies auch nicht der Wunsch des Patienten gewesen wäre. Jedoch unterließ er nicht einfach die wiederbelebenden Maßnahmen, sondern injizierte dem Patienten eine hohe Dosis Kaliumchlorid, eine Substanz die formell verboten ist, da sie zu einem direkten Herzstillstand führt. Nach dem Tod des Vincent Humbert wurde die Mutter, Marie Humbert, wegen „Verabreichung giftiger Substanzen“ und Dr. Chaussoy, wegen „vorsätzlicher Vergiftung“, unter Anklage gestellt. Die beiden Angeklagten, die von Beginn an zu ihren Handlungen und Absichten standen, riefen eine heftige ethische und juristische Debatte über Sterbehilfe hervor. Gestützt von einer Mediatisierung zugunsten der Mutter und des Arztes und einer öffentlichen Debatte wurde die Klage im Februar 2009 letztlich eingestellt.

(Commission d'information sur la fin de vie 2004) zusammen, deren Arbeit letztlich in einem Gesetzentwurf mündete, der am 22. April 2005 einstimmig vom Parlament angenommen wurde. Das nach dem Vorsitzenden der Arbeitsgruppe benannte „Gesetz Leonetti“ stellt ganz klar fest, dass der Arzt das Recht habe „sterben zu lassen“ und nicht wegen Unterlassung von Hilfeleistung strafbar gemacht werden könne. Eindeutig ermahnt das Gesetz jedoch, dass jede Handlung, die darauf abzielt ein Leben zu beenden, weiterhin streng verboten bleibt. Es handelt sich also um die legale Abgrenzung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Außerdem definiert das Gesetz die Bedingungen, unter welchen eine Person eine Behandlung (auch künstliche Ernährung) verweigern kann und hebt die Wichtigkeit kollegialer Entscheidungen hervor (Gesetz n° 2005-370, Artikel 4).

Auch in Deutschland gibt es keine gesetzliche Regelung zur aktiven Sterbehilfe, aber einen juristischen, im Grundgesetz und im Strafrecht verankerten Konsens darüber, dass jede Handlung, die auf den Tod einer Person abzielt, auch wenn diese darum bittet, verboten ist und einer Tötung gleichkommt. Aufgrund der von den Naziärzten ausgeführten „Euthanasie-Programmen“ wird der Begriff heute nicht mehr verwendet und beinahe ausschließlich im Zusammenhang mit diesen Gräueltaten benutzt. Um dennoch eine offene Diskussion über bestimmte Praktiken am Lebensende zuzulassen, hat sich seit den Nachkriegsjahren der Begriff der Sterbehilfe durchgesetzt. Der Verweis auf „Hilfe“ schließt von vornherein alle Handlungen aus, die gegen den Willen des Patienten sein Leben beenden. Jedoch legitimiert die Einwilligung des Patienten auch nicht die aktive Sterbehilfe, welche weiterhin als Tötung gesehen wird. Nach deutschem Recht ist aber jeder Behandlungsabbruch legitim und sogar verpflichtend, wenn der Patient das wünscht. Im Falle nicht kommunikationsfähiger Patienten ist der Arzt dazu angehalten, den Willen des Patienten anhand von früher mündlich oder schriftlich gemachten Äußerungen, religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen oder Aussagen Angehöriger zu ermitteln. Zentraler Punkt der deutschen Debatte ist die Achtung des individuellen Willens. In diesem Umfeld, das sowohl aktive Sterbehilfe als auch jede ärztliche Handlung, die dem Patientenwillen entgegensteht, ablehnt, wurde auch in den Medien nur selten über aktive Sterbehilfe diskutiert. Dies lässt auf die Vermutung schließen, dass aktive Sterbehilfe als Ausdruck letzter Selbstbestimmung vor allem dann thematisiert wird, wenn der Patientenwille nicht an vorderer Stelle steht. In den deutschen Medien wurden dagegen vielmehr Fälle diskutiert, in denen es darum ging den Patientenwillen zu ermitteln. Während der letzten Jahre ging es vor allem um den gesetzlichen Status von Patientenverfügungen, als Verlängerung des Patientenwillen, im Fall von Bewusstseinsverlust. Obwohl der Bundesgerichtshof bereits 2003 in einem Urteil (BGH XII ZB 2/03: 17. März 2003) die Verbindlichkeit solcher Willensäußerun-

gen festlegte, wurde am 18. Juni 2009 ein Gesetz erlassen, das klar die Verpflichtung der Ärzte festlegt, im Sinne solcher zu handeln (Deutscher Bundestag 2009).

3 Die konkreten Probleme am Lebensende

3.1 Die Frage nach dem „richtigen Umgang“ mit Sterbenskranken

Die Diskussionen über den „richtigen“ Umgang mit Sterbenskranken zeugen von den verschiedenen Bedeutungen, die dem Begriff „Euthanasie“ im Laufe der Geschichte zugeschrieben wurden. Wie bereits gezeigt wurde, prägten die Naziverbrechen, die unter diesem Begriff ausgeführt wurden, am stärksten die heutige Bedeutung. Das heißt, Euthanasie wird heute meist als eine Form der Tötung diskutiert, die auf Wunsch des Kranken erfolgt oder aber auch ohne seinen Willen.

Obwohl es scheint, dass in den Diskussionen als auch in der Praxis, in jeder Gesellschaft die verschiedensten Situationen mit dem Begriff der „Euthanasie“ beschrieben werden, so können alle unter zwei Kategorien zusammengefasst werden. Die erste betrifft die Frage nach dem Recht eine Behandlung abzubrechen und die zweite betrifft die Frage nach dem Recht eines medizinischen Eingriffs, der den Tod zur Folge haben kann. Die erste Kategorie kann verschiedene Situationen betreffen: (1) Ein Arzt verweigert eine therapeutische Überbehandlung, wenn diese keinen Erfolg mehr verspricht; (2) ein sterbenskranker Patient bittet um Behandlungsabbruch, um seine Leiden nicht zu verlängern; (3) ein Arzt bricht die Behandlung aus dem gleichen Grund ab, aber nicht auf Wunsch des Patienten hin, sondern entscheidet für einen Patienten, der nicht mehr kommunikationsfähig ist. Die zweite Kategorie kann folgende Situationen betreffen: (1) Die Schmerzen eines sterbenskranken Patienten können nicht gelindert werden und der Arzt steigert die Schmerzmittelgabe in dem Maß, dass der Tod beschleunigt werden kann. In diesem Fall kann der Arzt entweder in der Absicht handeln, die Schmerzen zu lindern oder in der Absicht, den Tod herbeizuführen, um dem Leiden ein Ende zu setzen. (2) Ein Patient kann wünschen, den Moment seines Todes selbst zu bestimmen und den Arzt zu bitten, ihm eine tödliche Spritze zu verabreichen oder ihm ein tödliches Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung zu stellen.

Dilemmata bezüglich der therapeutischen Entscheidung im Falle einer unheilbaren Krankheit oder einer Behandlung ohne Erfolgchancen zeugen oft auch von einer mangelhaften Arzt-Patient-Kommunikation (Kettler 2005: 127-140). In ihrer Studie über den Umgang schwerkranker Personen mit ihrer Krankheit, beobachtet Deborah Messer Zlatin (Zlatin 1994), dass Patienten seltener den Wunsch äußern zu sterben, wenn sie einen guten Kontakt und häufigen Austausch mit ihrem Arzt haben und dieser

den Willen des Patienten in seinen Entscheidungen respektiert. Ausgehend von ihren Beobachtungen hebt sie die Bedeutung der gemeinsamen Entscheidung von Arzt und Patient, wie auch des Respekts der Patientenautonomie hervor. Die Ergebnisse dieser Arbeit führen zu der Hypothese, dass Forderungen nach der „letzten“ Freiheit, also nach dem selbstbestimmten Tod, auf eine gewisse Spannung des Arzt-Patient-Verhältnisses und der Kommunikation hinweisen.

Von den soziologischen Arbeiten (Elias 1982; Pierret/Herzlich 1990; Lamour et al. 1996; Hintermeyer 1981, 2003, 2004; Hocquart 1999; Castra 2003; Kaufman 2005), die sich mit Problemen beschäftigen, die in verschiedenen nationalen Kontexten am Lebensende auftreten, wurde der ethnographische Teil der vorliegenden Arbeit besonders geprägt von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss sowie von Isabelle Baszanger. Die beiden Studien, *Awareness of Dying* und *Time for Dying* (Glaser/Strauss 2005; 2007), die von Glaser und Strauss in den Vereinigten Staaten der 60er Jahre durchgeführt wurden, untersuchen den veränderten Umgang mit dem Tod, seitdem technische Fortschritte es zunehmend zulassen, Leben zu verlängern und den Zeitpunkt des Todes zu verzögern. Diese Arbeiten beschreiben, wie dem Tod innerhalb des Krankenhauses von den Pflegern und Ärzten oder den Patienten, bewusst oder unbewusst, begegnet wird und welche Interaktionen dabei ablaufen. Die beiden Soziologen zeigen die Bedeutung der verschiedenen biologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen im Umgang mit Sterbenskranken auf.

In Frankreich veröffentlicht Isabelle Baszanger seit den 80er Jahren wichtige ethnographische Arbeiten über ärztliches Handeln, die Übertragung des ärztlichen Wissens und die Arzt-Patient-Beziehung vor dem Hintergrund schwerer Krankheiten. In einigen ihrer Studien (Baszanger 2004; 2002; 2000) beschäftigt sie sich besonders mit den Grenzen zwischen der sogenannten „kurativen“ Behandlung und der Palliativpflege und vor allem mit dem Übergang von einer Behandlungsphase zur anderen, dass heißt von der Therapie einer Krankheit zu ihrer reinen Symptomkontrolle.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Probleme untersucht, die sich den Akteuren ab dem Ende der kurativen Therapie bis zum Tod des Patienten stellen. Sehr wohl fließen in diese Analyse also gewisse Elemente der genannten Untersuchungen mit ein, wie zum Beispiel die Rolle des Bewusstseinsgrades über den Tod, die Veränderungen der Arbeitsbedingungen im medizinischen Umfeld oder die Übergänge von einer Behandlungsphase in die andere. Jedoch ist die Grundlage dieser Arbeit nicht die interaktionistische Handlungstheorie, sondern ein soziologischer Ansatz, der sich mit moralischen Fragen beschäftigt, die sich Ärzten in konkreten Situationen stellen. Dabei sollen ohne moralische Wertung die normativen Elemente ihrer Handlungsrechtfertigungen herausgestellt werden und diese auf die jeweiligen Debatten bezogen werden. Wir schließen uns Simone Bateman an, die in ihrem Artikel über die moralische Erfahrung als soziologischer Gegenstand Folgendes formuliert:

„Das Bedeutende eines solchen Ansatzes ist es, nicht die moralische Qualität der von den Protagonisten vorgebrachten Lösung zu beurteilen, sondern zu beobachten, nach welchen Kriterien sie entscheiden und handeln, um ihre normativen Haltungen zu erkennen und zu analysieren, wie sie vorgehen, um über die beste (oder die am wenigsten schlechte) Weise zu entscheiden, das gestellte Problem zu lösen“ (Bateman 2004: 393-394/ (Übersetzung Horn).

3.2 Die Praktiken am Lebensende in Frankreich und Deutschland

Die dokumentarische Analyse bezüglich dem Verlauf der öffentlichen Debatten und die der Praktiken im Krankenhausalltag, haben die Bedeutung der Autonomiefrage hervorgehoben. Zusätzlich wurden Elemente herausgestellt, die erklären, warum sich in einem Land bestimmte Probleme stellen.

Zunächst können wir hervorheben, wie sehr die Geschichte die Debatte eines Landes und das Verhalten der Personen beeinflusst. Obwohl die Erfahrung der Naziethanasien auch die französische Haltung gegenüber Sterbehilfe beeinflusst, hatte sie keinen Einfluss auf das traditionelle paternalistische Verhalten der Ärzte in Bezug auf die Achtung des Patientenwillens. So kann man beobachten, dass die französischen Ärzte sehr an therapeutischer Effizienz und Handeln orientiert sind, auch wenn der Patient nicht immer wünscht, weiter behandelt zu werden. Noch heute, nach dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes über die Rechte Sterbenskranker, welches ausdrücklich passive oder indirekte Sterbehilfe (Therapieabbruch oder Schmerzbehandlung bei Sterbenskranken) legitimiert, zögern viele Ärzte die therapeutische Behandlung eines Sterbenskranken abubrechen oder ihm eine ausreichend hohe Schmerzmedikation zu geben, da dies als unerwünschter Nebeneffekt den Eintritt des Todes beschleunigen kann – ohne dass dieser jedoch Handlungsziel ist.

In Deutschland dagegen zögern die Ärzte kaum, wenn es darum geht eine Behandlung auf Wunsch des Patienten zu begrenzen oder abubrechen. Seit dem Machtmissbrauch der Naziärzte steht in Deutschland der Patientenwille im Mittelpunkt der Entscheidungen. Jedoch zögern einige Ärzte, lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen, wenn der Patient sich bezüglich der konkreten Situation nicht mehr klar mitteilen kann, obwohl er vielleicht sogar im Voraus eine mündliche oder schriftliche allgemeine Willenserklärung abgelegt hat. Diese Zurückhaltung drückt den Widerspruch aus, den ein Arzt mit Blick auf seine Berufspflicht, Leben zu erhalten, empfindet, wenn er eine Behandlung abbricht, um einen Patienten sterben zu lassen. Die einzige Rechtfertigung für diese Handlung scheint für die deutschen Ärzte der konkrete Patientenwille zu sein.

Weiter zeigt sich der Einfluss, der unterschiedlich zugemessenen Bedeutung der Patientenautonomie, im Umgang mit Sterbenskranken und allgemein in der Organisation diese zu behandeln und zu pflegen.

In Frankreich, wo der Patientenwille nicht unbedingte Priorität bei den Entscheidungen hat und wo Ärzte nicht immer unbedingt gewillt sind Behandlungen einzuschränken, konnte sich die Palliativpflege nur schlecht in das Krankenhausmilieu integrieren. Dies hängt von der schwierigen Beziehung zwischen den Ärzten, die auf kurativen Stationen tätig sind, und den Palliativärzten ab. Erstere waren seit Beginn der französischen Palliativbewegung sehr reserviert gegenüber dem neuen Behandlungskonzept, das auf sterbenskranke Patienten spezialisiert war, und gegenüber den Palliativärzten, die starke Kritik an dem üblichem Umgang mit diesen Patienten übten. Von Anfang an stellte sich die Palliativbewegung gegen den kurativen Behandlungsansatz bei Sterbenskranken und diskutierte die Unfähigkeit der meisten Ärzte, auf Bedürfnisse von Sterbenden einzugehen oder gar deren Praktiken, Leben absichtlich zu verkürzen. Als Reaktion darauf lehnten die meisten Krankenhausärzte es ab, dieses neue Konzept als eine medizinische Spezialisierung neben den andern anzuerkennen. In Folge wurden nur wenige Palliativstationen in den Krankenhäusern etabliert und die Einbindung solcher Teams auf mobile Palliativdienste beschränkt, die an eine andere Station (meist Onkologie oder Innere Medizin) angebunden waren, aber über keine eigenen Betten verfügten. Diese mobilen Teams („équipes mobiles“) kümmern sich um Patienten verschiedener Stationen, aber können nicht deren komplette Verpflegung übernehmen. Das Personal der kurativen Stationen ist somit häufig mit sterbenskranken Patienten konfrontiert, ohne dass es jedoch eine spezielle Ausbildung dafür hat. Der Mangel an Erfahrung, mit Situationen am Lebensende umzugehen und die Gewohnheit, Krankheiten zu therapieren, auch wenn dies nicht immer Erfolg verspricht, macht es oft schwierig die körperlichen und psychischen Leiden der Kranken zu lindern oder gar offen mit ihnen über den Tod zu sprechen. Die eher aktive Haltung der Therapeuten scheint eher noch den Anspruch zu erhöhen, den Patienten gegenüber dem Arzt haben. Manche Patienten, die ihre Leiden als unerträglich empfinden, sind somit der Ansicht, dass es auch die Aufgabe des Arztes sei, ihr Leben zu beenden.

In Deutschland hatte sich die Palliativmedizin sehr unterschiedlich entwickelt. Die deutsche Ärzteschaft, die seit dem 2. Weltkrieg sensibel für Fragen bezüglich exzessiver therapeutischer Eingriffe und des Patientenwillens ist, war sehr offen gegenüber der neuen Spezialisierung. Deswegen übten die Palliativärzte auch keine Kritik an ihren Kollegen anderer „klassischer“ Fachbereiche. Sie sehen den neuen Versorgungsansatz nicht als gegensätzlich zu den üblichen Praktiken, sondern als logische Kontinuität der Versorgung schwerkranker Patienten, ab dem Zeitpunkt, wo die anderen Fachbereiche dem Patienten keinen Nutzen mehr bringen. Die Palliativmedizin wurde somit auch wie alle anderen medizinischen Bereiche, als feste Station mit eigenen Betten, in die Krankenhausstrukturen eingebunden. Die Versorgung hoffnungslos Kranker, von einer Behandlungsphase in die nächste, ist damit innerhalb eines Krankenhauses gewährleistet. Auch sind die Ärzte kurativer Stationen, die nicht auf die Versorgung der letzten Le-

bensphase spezialisiert sind, seltener als ihre französischen Kollegen mit spezifischen Problemen solcher schwierigen Situationen konfrontiert, wie zum Beispiel Bitten um Sterbehilfe. Für die sterbenskranken Patienten bedeutet das wiederum, dass sie seltener als französische Patienten exzessiven ärztlichen Eingriffen ausgesetzt sind und rasch auf eine Palliativstation verlegt werden können, wo das Personal großen Wert auf ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche legt. Die individuell angepasste Pflege ist Teil des Palliativkonzepts und trägt dazu bei, dass Kranke ihre letzte Freiheit im Alltag erfahren und diese nicht in Form eines tödlichen ärztlichen Eingriffs erkämpfen müssen.

4 Sterbehilfe: Eine Frage, der die Gesellschaft nicht entkommt

Wie wir sehen konnten, ist die Frage nach dem selbstbestimmten Tod nur ein Aspekt der sehr komplexen Situation des Lebensendes, die unter anderem von dem Arzt-Patient-Verhältnis, der Organisation der Versorgung Sterbenskranker im Krankenhaus und ganz allgemein von der Achtung der Patientenautonomie in dem gesamten Versorgungssystem eines Landes abhängt. Ein zentrales Problem im Umgang mit Patienten in ihrer letzten Lebensphase ist, dass sie andere Bedürfnisse haben als zum Beispiel Patienten mit Aussicht auf Heilung. Unsere Beobachtungen zeigen, dass die letzte Lebensphase von Patienten oft mit weniger Komplikationen abläuft, wenn es einen fließenden Übergang von einer kurativen Versorgung zu einer Palliativversorgung gibt. Auch Ärzte sind durch eine enge Zusammenarbeit verschiedener Spezialisierungen sehr erleichtert und gewinnen an Handlungssicherheit. Die Anerkennung anderer Fachkompetenzen und die Wahrnehmung eigener Grenzen ermöglicht es einerseits Ärzten, Situationen zu vermeiden, die nicht ihrem alltäglichen Handlungsschema entsprechen, und andererseits Patienten, ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt zu werden.

In anbetracht der unterschiedlichen Elemente, die einen Einfluss darauf haben, wie in einer Gesellschaft die Frage nach dem „Recht zu Sterben“ beantwortet wird, stellt sich die Frage, warum in den beiden Ländern, die wir untersucht hatten, nur ein einziger Aspekt diskutiert wird. In Frankreich, zum Beispiel, dreht sich die Debatte bezüglich des Lebensendes weiterhin um das Recht auf aktive Sterbehilfe, obwohl ein neues Gesetz, das versucht auf zahlreiche andere Probleme zu antworten, noch nicht einmal allen Ärzten bekannt ist oder angewandt wird (Assemblée Nationale 2008). Würde ein Gesetz zur aktiven Sterbehilfe das Verhalten der Ärzte in Bezug auf die Achtung des Patientenwillens ändern? Und hätte es einen Einfluss auf die Organisation des Krankenhausalltags? Wenn man davon ausgeht, dass aktive Sterbehilfe Ausdruck absoluten Respekts des Patientenwillens ist, muss man fragen, ob die französischen Ärzte sie denn auch in diesem Sinne praktizieren würden. Anbetrachts ihrer „aktiven“ Haltung, könnte

die Möglichkeit, den Tod zu beschleunigen, für sie auch bedeuten, mit Hilfe medizinischer Techniken noch besser das Leben und den Tod ihrer Patienten zu beherrschen. Ebenso wird in Deutschland das neue Gesetz zur Patientenverfügung nicht alle Probleme ärztlicher Entscheidungen am Lebensende lösen. Man muss davon ausgehen, dass es (1) immer Fälle gibt in denen der „letzte Wille“ des Patienten nicht klar bekannt ist oder schwierig auf eine konkrete Situation anzuwenden ist; (2) dass der Patientenwille in manchen Fällen nur schwer mit dem ärztlichen Gewissen vereinbar ist; und (3) dass es immer Kranke geben wird, die trotz der besten individuellen Versorgung wünschen, ihrem Leben mit Hilfe tödlicher Arzneimittel ein Ende zu setzen.

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass trotz der festgestellten Unterschiede zweier Länder mit ähnlicher Gesetzeslage, die Diskussionen hauptsächlich die Frage betreffen, ob ein Patient selbstbestimmt die Bedingungen seines Todes wählen darf. Jedes der beiden Länder zielt aufgrund unterschiedlicher Bedingungen des Sterbens und eines unterschiedlichen Verstehens der Autonomiefrage auf ein bestimmtes Thema ab – aktive Sterbehilfe für die einen, Patientenverfügungen für die andern. Also auch wenn man in jedem Land die Umstände und Bedingungen, die einen Patienten dazu veranlassen können, seinen Tod zu wünschen, verändert würden, dann gäbe es doch immer einige Wenige, die aus rein persönlichen Gründen um aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid bitten würden.

Zuletzt stellt man also fest, dass alle Versuche, auf Probleme bezüglich des Lebensendes und des Sterbens zu antworten, die dringliche, moralische Frage nicht letztgültig beantworten, ob der durch die Hand eines Andern herbeigeführte Tod eines Individuums akzeptiert werden kann oder nicht. Es ist möglich dass die Bitten nach Sterbehilfe zurückgehen, wenn man möglichst auf die Wünsche der Patienten eingeht, aber man wird niemals all diese Bitten vermeiden können. Tatsächlich scheint der „gute Tod“ heute der ärztlich begleitete Tod zu sein, sei dies in Form der Beihilfe zum Suizid, einer tödlichen Injektion, einer Schmerzbehandlung oder einer Sterbebegleitung durch Pfleger und Ärzte.

Anbetracht der individuellen Freiheit, die niemals unabhängig von äußerlichen und innerlichen Zwängen ist, stellt sich uns die folgende Frage: Bedeutet das Recht zu Sterben wirklich einen Fortschritt in der Achtung der Patientenautonomie? Dies ist eine Frage, der die Gesellschaft nicht entgehen kann. Nur eine bessere Kenntnis der Zusammenhänge und Hintergründe für bestehende Probleme in der letzten Lebensphase kann dazu beitragen, eine Antwort zu finden.

Literatur

- Assemblée Nationale* (2008): Rapport d'information fait au nom de la Mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, unter Vorsitz von Jean Leonetti, Vol. 1 und 2, 2. Dezember.
- Assemblée Nationale* (2004), Rapport N° 1708 fait au nom de la Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, unter Vorsitz von Jean Leonetti, Vol. 1 und 2, 30. Juni.
- Assemblée Nationale* (2004): Commission d'information sur la fin de vie, unter dem Vorsitz von Jean Leonetti.
- Baszanger, Isabelle/Salamagne, Michèle* (2004): Sociologie et médecine ; Douleur ; Soins Palliatifs, in: *Lecourt, Dominique*: Dictionnaire d'histoire et philosophie de la médecine, Paris: PUF.
- Baszanger, Isabelle/Bungener, Martin/Paillet, Anne* (2002): Quelle médecine voulons nous ?, Paris: La Dispute
- Baszanger, Isabelle* (2000): Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur: les frontières invisibles des innovations thérapeutiques, in: *Baszanger, Isabelle/Gaudillière, Jean-Philippe/Löwy, Ilana* (Hrsg.): Sciences Sociales et Santé, Spezialausgabe: Légitimer et réguler les innovations biomédicales, Vol. 18, N°2, S. 67-94.
- Bateman, Simone* (2004) : L'expérience morale comme objet sociologique, in : *Pharo, Patrick* (Hrsg.), L'année sociologique, Vol. 54, N°2, Paris: PUF.
- BGH XII ZB 2/03*, 17. März 2003.
- Castra, Michel* (2003): Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs, Paris: PUF.
- Comité Consultatif National d'Ethique* (2000): Avis N°63 sur la „fin de vie, arrêt de vie, euthanasie“, 27. Januar.
- Deutscher Bundestag* (2009): Stünker-Entwurf mit Mehrheit angenommen-Bundestag beschloss Gesetz zur Regelung von Patientenverfügungen, 19. Juni, http://www.bundestag.de/aktuell/archiv/2009/24808527_kw25_patientenverfuegung/index.html, abgerufen am 23.07.2009.
- Deutsches Ärzteblatt* (1998f): Dokumentation: Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung.
- Durkheim, Emile* (1906): Festlegung des moralischen Sachbestands, <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.due.det>
- Durkheim, Emile* (1996) : De la division du travail social, Paris: PUF.
- Elias, Norbert* (1982): Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Fondation Nationale des Sciences Politiques* (1975f): Dossier de Presse „Euthanasie, fin de vie, soins palliatifs“.
- Gesetz n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie*, in: Journal Officiel, N° 59, 23. April 2005, S. 7089.
- Gesetz n°99-477 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs*, in: Journal Officiel, N° 132, 10. Juni 1999, S. 8487.

- Glaser, Barney/Strauss, Anselm L. (2007): Time for Dying, Chicago: Aldine Publishing Company.*
- Glaser, Barney/Strauss, Anselm L. (2005): Awareness of Dying, Chicago: Aldine Publishing Company.*
- Hintermeyer, Pascale (2004): Audition von Pascal Hintermeyer, in: Assemblée Nationale (2004), Bericht N° 1708 im Namen der Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, unter Vorsitz von Jean Leonetti, Vol. 2, 30. Juni, S. 121-136.*
- Hintermeyer, Pascale (2003): Euthanasie. La dignité en question, Paris: Buchet/Chastel.*
- Hintermeyer, Pascale (1981) : Politiques de la mort, tirées du concours de l'Institut, Germinal an VIII Vendémiaire an IX, Paris: Payot.*
- Hocquart, Anita (1999): L'euthanasie volontaire, Paris: PUF.*
- Horn, Ruth (2004) : Le débat sur l'euthanasie en France depuis 1974: La mise à l'épreuve de la solidarité sociale par la visibilité de la souffrance, Abschlussarbeit des Diplôme d'Études Approfondies de Sociologie, unter der Leitung von Ph. Urfalino, Paris: EHESS.*
- Kaufman, Sharon R. (2005): And a Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life, New York: A Lise Drew Book/Scribner.*
- Kettler, Dietrich (2005): Palliativmedizin, in: Thiele, Felix (Hrsg.): Aktive und passive Sterbehilfe, München: Wilhelm-Fink Verlag, S. 127-140.*
- Lamour, Yvonne/Herzlich, Claudine/de Hennezel, Marie/Fédida, Pierre (Hrsg.) (1996) : La fin de vie. Qui en décide?, Paris: PUF.*
- Mill, John Stuart (1990): De la liberté, Paris: Gallimard.*
- Ogien, Ruwen (2009): La vie, la mort, l'État : Le débat bioéthique, Paris: Grasset.*
- Pierret, Janine/Herzlich, Claudine (1990): Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison, Paris: Payot.*
- Zlatin, Deborah Messer (1994): Terminally ill persons' understanding of illness and treatment, Dissertation, University of Connecticut, 1994.*