

Entscheidungen am Lebensende

Selbstbestimmt sterben?

Nikola Biller-Andorno

Einleitung

Das Lebensende lädt zur Betrachtung aus verschiedenen Blickwinkeln ein: Wie kann das Sterben medizinisch sinnvoll begleitet werden? Welche moralischen, sozialen und kulturellen Normen leiten unsere Vorstellungen vom Lebensende? Welche Gesetze und Richtlinien sollen in unserer Gesellschaft das Sterben und allenfalls die Sterbehilfe regulieren? Der humanistische Gelehrte, Stadtarzt, Bürgermeister und Reformator Vadian (Joachim von Watt) hat diese verschiedenen Perspektiven exemplarisch in seiner Person vereint. Heute setzen wir auf den interdisziplinären Austausch und den gesellschaftlichen Diskurs, um uns mit diesen Fragen auseinanderzusetzen – wobei die Antworten angesichts neuer technologischer Entwicklungen, neuer Erkenntnisse, sich wandelnder Umweltbedingungen, Werte und Prioritäten immer wieder neu zu verhandeln sein werden.

Als Einstieg in die komplexe Thematik mag eine Suizidkapsel namens Sarco dienen, die seit wenigen Jahren immer wieder durch die Medien geistert und nach Auffassung ihres Entwicklers, Philipp Nitschke, die Sterbehilfe revolutionieren wird:

»Die Person steigt in die Kapsel und legt sich hin. Das ist sehr bequem. Der Person wird eine Reihe von Fragen gestellt, und wenn sie diese beantwortet hat, kann sie den Knopf im Inneren der Kapsel drücken. Dadurch wird erst der Mechanismus aktiviert. Die Person kann sich also

alle Zeit der Welt dafür nehmen. Die Kapsel ist auf einem Gerät montiert, das den Innenraum mit Stickstoff flutet und den Sauerstoffgehalt von 21 sehr schnell auf ein Prozent reduziert. Die Person fühlt sich ein wenig desorientiert und kann sich auch leicht euphorisch fühlen, bevor sie das Bewusstsein verliert. Der ganze Vorgang dauert etwa 30 Sekunden. Der Tod tritt durch Hypoxie und Hypokapnie ein, also durch einen Mangel an Sauerstoff bzw. Kohlendioxid. Es gibt keine Panik, kein Erstickungsgefühl.« (zit. in Bieler 2021)

Diese Suizidkapsel, die auf verschiedenen Ausstellungen präsentiert wurde, weckt unterschiedliche Assoziationen. Während manche sich vielleicht intuitiv abgestoßen fühlen, finden andere die schnittige, an ein Raumschiff oder ein Rennauto erinnernde Form durchaus ansprechend. Der oder die Nutzende, so scheint das Design zu suggerieren, ist zwar auf dem Weg in ein Abenteuer, aber doch in Kontrolle. Dies entspricht der Intention des Entwicklers, den Tod durch Technologie zu »demedikalisieren« (Heaven 2022), womit wohl auch ein Wandel von der Rolle im Sterben liegender Patient:innen hin zu aktiven Nutzer:innen einer Technologie einherginge.

Unsere Reaktionen auf »Sarco« werden durch eine Reihe von Faktoren geprägt: Unsere Werte, Präferenzen und weltanschauliche Überzeugungen, unsere Vorerfahrungen mit dem Sterben Anderer oder auch eigene schwere Gesundheitskrisen. Zentral ist auch die Frage, wie wir uns ein gutes Sterben vorstellen und wie das Sterben in einer Gesellschaft ansonsten typischerweise aussieht. Insofern spiegeln die Reaktionen auf technische Entwicklungen wie den »Sarco« nicht nur unsere individuellen Einstellungen, sondern auch den gesellschaftlichen – heute zumeist medizinisch geprägten – Umgang mit dem Sterben.

Wie Philippe Ariès (1980) in seiner *Geschichte des Todes* anschaulich beschreibt, kam es im 20. Jahrhundert zu einer Ausbürgerung des Todes, verbunden mit Medikalisierung und Tabuisierung. Der Tod ist für den modernen Menschen zu etwas Fremdem, Unfassbarem und Angsteinflößendem geworden, das im Kontrast zur Geschäftigkeit unserer durchgetakteten und sorgsam geplanten Leistungsgesellschaft steht. Im Gegensatz zu früheren Zeiten, als das Sterben als sozialer Anlass wahrgenom-

men wurde und Sterbende von Familie und Freunden umringt waren, wird heute oft medizinisch überwacht und doch einsam gestorben.

Während in der englischsprachigen Literatur bis heute der »gute Tod« (»euthanasia«) als Synonym für verschiedene Formen der Sterbehilfe verwendet wird, so ist der deutschsprachige Begriff der »Euthanasie« seit dem Dritten Reich in Verruf geraten. Hitler hatte 1939 in einem Ermächtigungsschreiben von 1939 verfügt, »die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankenzustandes der Gnadentod gewährt werden kann.« (zit. in Schleich 2021) Im Rahmen der sogenannten T4-Aktion wurden in Deutschland in den Jahren 1940–41 über 70.000 Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen ermordet; die Gesamtzahl der Krankenmorde bis 1945 belief sich auf etwa 200.000. Dabei kamen in manchen Gegenden auch Kastenwagen zum Einsatz, in welches die Opfer gepfercht wurden, um dort mit Kohlenmonoxid aus Gasflaschen erstickt zu werden (vgl. Wildt 2012). Auch wenn der gesellschaftliche Kontext, in dem heute über die Suizidkapsel diskutiert wird, ein grundlegend anderer ist, wird vor dem Hintergrund dieser historischen Erfahrung die Skepsis und die Angst vor Missbrauch verständlich, die gegenüber diesem technischen System geäußert worden ist.

1. Individualisierung des Sterbens

Für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg wurde eine Tendenz zur Privatisierung und Marginalisierung des Todes in der Konsumgesellschaft seit den 1950er Jahren beschrieben (vgl. Bernard Crettaz, zit. in Di Falco 2017). In letzter Zeit lässt sich wieder eine Popularisierung beschreiben, die sich an der enormen Zahl von Ratgebern zum guten Sterben illustrieren lässt. Auch eine Medialisierung des Sterbens ist beschrieben worden; in der Tat finden sich zum Beispiel auf den sozialen Medien immer wieder Zeugnisse von Menschen, die ihr Sterben dokumentiert haben, bisweilen, um in ihren jeweiligen Rechtssystemen für die Legalisierung von assistiertem Suizid zu werben (vgl. Allen 2014). Diese Narrative

haben sicher zur Diskursivierung des Sterbens beigetragen – eine Bezeichnung, die der Thanatosoziologe Werner Schneider (zit. in Di Falco 2017) gewählt hat, um darauf hinzuweisen, dass über das Thema Sterben und Tod erneut gesellschaftlich diskutiert wird. Zugleich wird das eigene Sterben zunehmend als Lebensaufgabe, quasi als Projekt, als Chance zur Selbstverwirklichung verstanden.

Die Suizidkapsel passt durchaus zu diesem Trend der Individualisierung des Sterbens. Während die Suizidassistenz mit Hilfe von Natrium-Pentobarbital, wie sie üblicherweise von Sterbehilfe-Organisationen in der Schweiz praktiziert wird, eine ärztliche Verschreibung erfordert, so könnte eine Suizidkapsel nach einer öffentlich zugänglich gemachten Anleitung mit einem 3D-Drucker gedruckt werden, ohne Ärzte zu involvieren. Auch eine psychiatrische Begutachtung der Urteilsfähigkeit¹ soll durch einen Algorithmus ersetzt werden: »Wir wollen jede Art von psychiatrischer Begutachtung aus dem Prozess herausnehmen und der Person die Möglichkeit geben, die Methode selbst zu steuern.« (Nitschke, zit. in Bieler 2021) Wenn das Sterben schon bis auf Weiteres nicht vermeidbar ist, so ist es doch gestaltbar und insofern beherrschbar. Die zunächst für 2022 geplante Premiere, die in der Schweiz hätte stattfinden sollen, wurde dann jedoch aufgrund Bedenken bezüglich Zulassung, Sicherheit, Haftung und möglichem Missbrauch (vgl. Hehli 2022) sowie kritischer internationaler Berichterstattung (z. B. Hauser 2021; Duckworth 2021; Hyun 2021) auf unbestimmte Zeit verschoben.

In jedem Fall bietet die Diskussion um die Suizidkapsel Anlass zur Reflexion, was uns individuell mit Blick auf das Sterben wichtig ist und wie wir als Gesellschaft den Raum der Selbstbestimmung am Lebensende gestalten wollen. In Deutschland hat das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil vom 26. Februar 2020 einen Meilenstein geschaffen. Der erste Leitsatz zum Urteil sieht folgendes vor:

»Das allgemeine Persönlichkeitsrecht [...] umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

1 Im vorliegenden Beitrag wird der in der Schweiz gebräuchliche Begriff der »Urteilsfähigkeit« als synonym mit dem im deutschen verwendeten Terminus »Einwilligungsfähigkeit« verwendet (vgl. Trachsel/Biller-Andorno 2022).

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.

Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.« (Bundesverfassungsgericht 2020)

Aktuell werden im deutschen Parlament verschiedene Gesetzesentwürfe diskutiert, welche unter Wahrung des vom Gericht konstatierten Rechts auf selbstbestimmtes Sterben die Suizidhilfe regeln sollen (vgl. Deutscher Bundestag 2022).

In der Schweiz ist der Umgang mit dem assistierten Suizid traditionellerweise liberal. 2020 sind rund 1250 Menschen mit Suizidassistenz aus dem Leben geschieden (vgl. Bundesamt für Statistik 2022). Rechtliche Grundlage ist der Artikel 115 *Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord* des Schweizerischen Strafgesetzbuchs vom 21. Dezember 1937, welcher die Konditionen festhält, unter denen Beihilfe zum Suizid strafbar ist: »Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.« (Fedlex 2023) Auch die Richtlinien *Umgang mit Sterben und Tod* der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2021), von der Schweizerischen Ärztevereinigung FMH in die Standesordnung übernommen, sind in diesem Zusammenhang relevant. Die Version von 2021 vertritt die Position, dass Suizidhilfe bei einem urteilsfähigen Patienten ethisch dann vertretbar ist, »wenn dieser unerträglich unter den Symptomen einer Krankheit und/oder Funktionseinschränkungen leidet, die Schwere des Leidens durch eine entsprechende Diagnose und Prognose substantiiert ist, andere Optionen erfolglos geblieben sind oder von ihm als unzumutbar abgelehnt werden« (ebd.) – nicht aber bei gesunden Personen. Diese Entscheidung war nicht unkontrovers, gerade im Lichte empirischer Daten, die auf eine breite Unterstüt-

zung des assistierten »Alterssuizids« in der Bevölkerung hinweisen (vgl. ref.ch 2014).

Auch wenn das selbstbestimmte und damit selbstverantwortete Sterben als Idealvorstellung weite Verbreitung gefunden hat, so ist es doch nicht unkritisiert geblieben. So wird ein überzogener, ins Egozentrische abgleitender Individualismus thematisiert, ein Kontrollwahn, der letztlich zu einer Überforderung führt, auch noch das Lebensende perfekt in Szene setzen zu müssen (vgl. Streeck 2020).

2. Voraussetzungen und Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende

Zugleich stellen sich Fragen nach den Voraussetzungen und Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende: Zum einen ist die Urteilsfähigkeit ein komplexes Konstrukt, das immer auch eine evaluative Dimension umfasst (vgl. Trachsel/Biller-Andorno 2022). Gemäß aktuellen Standards (vgl. SAMW 2021) wäre es allerdings ganz klar nicht ausreichend, wenn ein Suizidwilliger von einem Computer drei Fragen gestellt bekommt – »Who are you? Where are you? And do you know what will happen when you press that button?« – bevor er den Aktivierungscode für die Suizidkapsel erhält (vgl. Nitzschke, zit. in Heaven 2022). Doch wie weit dürfen Evaluierende mit ihren Anforderungen gehen, wie können sie verhindern, dass ihre eigene Einstellung gegenüber dem Suizid die Evaluation dominiert? Dieser Reflexionsprozess kann durch eine entsprechende Anleitung zur Dokumentation des Evaluationsprozesses angestoßen werden, wie sie etwa das »U-Doc« vorsieht (vgl. Salathé 2019).

Eine zweite Frage betrifft die Freiwilligkeit. Gerade wenn ein erhöhter Pflegebedarf entsteht und damit verbunden die finanziellen Belastungen zunehmen, könnte dies für Betroffene ein Grund sein, Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen – nicht unbedingt, weil dies dem eigenen Wunsch entspricht, sondern um Aufwand und Kosten für Familienangehörige oder auch die Gesellschaft zu sparen. Die Überlegungen können Personen aber nicht nur zu einem eigentlich nicht gewünschten

Suizid drängen, sondern umgekehrt kann Rücksicht auf Angehörige die Betroffenen auch von der Realisierung oder auch nur Artikulation eines eigentlich gehegten Suizidwunschs abhalten.

Nun stellt die Tatsache, dass wir bei unseren Entscheidungen die Auswirkungen auf andere berücksichtigen, nicht grundsätzlich unsere Fähigkeit zur Selbstbestimmung in Frage; vielmehr ist sie Ausdruck der relationalen Dimension von Autonomie. Wir agieren stets als Wesen, die in Beziehung zu anderen stehen (vgl. Gómez-Vírveda et al. 2019). Dennoch kann der Druck – sei es durch die Konstellation im Einzelfall oder auch durch soziale Normen und Erwartung – so stark werden, dass die Freiwilligkeit der Entscheidung nicht mehr klar gegeben ist. Eine ähnliche Diskussion ist auch im Zusammenhang mit der Lebendorganspende geführt worden, wobei auf die Rolle prozeduraler Elemente für die Gewährleistung hinreichender Freiwilligkeit hingewiesen worden ist (vgl. Biller-Andorno 2011). Also konkret: Hatte die betreffende Person in einem Evaluationsverfahren Gelegenheiten, von der geplanten Lebendorganspende zurückzutreten, ohne negative Folgen befürchten zu müssen? Ein ähnliches Vorgehen mag auch im Bereich des assistierten Suizids hilfreich sein.

Eine weitere Frage schließlich betrifft die Schutzpflichten anderer. Während immer wieder von Zeugnissen Angehöriger zu lesen ist, die die Entscheidung zur Suizidassistentz gutheißen und als stimmig mit der bisherigen Lebensführung erachten, so mag das Thema doch auch in manchen Fällen eine Überforderung bedeuten. Allein das Ansinnen, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, mag als Vorwurf empfunden werden oder Schuldgefühle auslösen (»Habe ich mich nicht gut genug gekümmert?«). Oder es mag die moralische Verpflichtung empfunden werden, einen solchen Schritt zu verhindern, bisweilen auch vor dem Hintergrund religiöser Überzeugungen. Der zwischenmenschliche Impuls, eine andere Person davon abzuhalten, ihrem Leben aktiv ein Ende zu setzen, ist grundsätzlich als Ausdruck der Zuwendung zu begrüßen. Dennoch verleiht ein solcher Impuls nicht das Recht, eine Suizidassistentz zu verunmöglichen, wenn die Entscheidung auf freiem Willen beruht und selbstbestimmt, also wohlinformiert und -reflektiert, getroffen wurde.

Die Frage nach dem assistierten Suizid und seiner moralischen und standesethischen Rechtfertigung wirft immer auch die Fragen nach Alternativen auf: Welches Ziel verfolgt der assistierte Suizid und könnte dieses Ziel auch auf anderem Wege erreicht werden? Die Antwort mag im Einzelfall unterschiedlich ausfallen, aber in der Regel geht es wohl primär um zwei Motive: physisches und oder psychisches Leiden zu beenden (durch körperliche Symptome oder auch durch einen wahrgenommenen Verlust der Würde) und/oder einen drohenden Kontrollverlust (etwa durch das Angewiesensein auf Hilfe im Alltag oder den Eintritt in eine Institution wie ein Pflegeheim oder ein Spital) abzuwenden. Auch Kostenerwägungen können eine Rolle spielen. So zeigen Zahlen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dass fast ein Viertel der Bevölkerung in der Schweiz aus Kostengründen zumindest gelegentlich auf medizinische Behandlungen verzichtet (vgl. OECD 2017). Die im Vergleich der OECD-Länder überdurchschnittlich hohe Eigenbeteiligung von ca. einem Drittel der gesamten Gesundheitskosten trägt hierzu ohne Zweifel bei.

Selbstbestimmtes Sterben darf jedoch nicht auf den assistierten Suizid enggeführt werden. Medizin und Gesundheitspolitik sind aufgerufen, auf valable Alternativen hinzuweisen bzw. diese zu entwickeln und verfügbar zu machen. Dazu braucht es zuallererst eine offene Kommunikation über das Sterben, die in der Beziehung von Patient:in und medizinischer Fachperson Platz finden muss. So konstatieren der Geriater und Palliativmediziner Roland Kunz und der Ethiker Heinz Rügger: »Zur Patienten-Aufklärung gehört auch die Information, woran der Betroffene aufgrund seiner Grundkrankheiten wie sterben kann, welche möglichen Sterbeprozesse u. U. leichter, welche belastender sind und welche Möglichkeiten die Palliativmedizin hat.« Auf dieser Basis fordern sie »eine ärztliche Gesprächskultur [...], in der offen, sachlich und zugleich empathisch über Optionen des Sterbens unter den real existierenden Bedingungen unseres heutigen Gesundheitswesens geredet werden kann.« (Kunz/Rügger 2018, S. 156). Eine solche Kultur, so das Fazit der Autoren, ist derzeit noch ein Desiderat.

Das selbstbestimmte Sterben zu ermöglichen kann also als Herausforderung an die Medizin verstanden werden. Während der Auf- und

Ausbau der Palliativmedizin in den letzten Jahrzehnten eine Versorgungsform bietet, die – insbesondere, aber nicht nur – am Lebensende den Fokus auf Symptomkontrolle und Lebensqualität legt, setzen Patientenverfügung und gesundheitliche Vorausplanung am Wunsch nach Selbstbestimmung an, die auch den Zeitraum umfassend, in dem Urteilsfähigkeit mit Blick auf anstehende medizinische Entscheidungen nicht oder nicht mehr gegeben ist. Auf diese Weise kann Selbstbestimmung am Lebensende realisiert werden, ohne dass dies mit einer Verkürzung der Lebenszeit einhergeht, wie dies beim assistierten Suizid der Fall ist. Der auch als Film verfügbare Roman *Still Alice* von Lisa Genova illustriert das Dilemma am Beispiel einer demenzerkrankten Professorin, die versucht, den richtigen Moment für den Suizid zu finden – das Leben so lange zu genießen wie möglich, ohne die Zeit zu verpassen, in der sich den Suizid noch selbstständig ausführen kann. Die gesundheitliche Vorausplanung kann dieses Dilemma entschärfen, da es damit möglich wird, auf die künftige Versorgung gestaltend und vorausentscheidend einzuwirken.

Woher aber rührt die Sorge, gegen das Lebensende hin nicht mehr selbst über die medizinische Versorgung bestimmen zu können? Eine Ursache ist wohl in der Entwicklung einer hochtechnisierten Intensivmedizin mit weitreichenden Möglichkeiten des Lebenserhalts zu suchen, in Kombination mit dem traditionell ärztlichen Ethos des »Lebensschutzes« (in dubio pro vita). Zwar wird auch die Begleitung im Sterben durchaus als ärztliche Aufgabe wahrgenommen,² doch wird zugleich der Tod immer noch als Versagen der Medizin betrachtet statt als unvermeidlicher Aspekt menschlicher Existenz. Zu den technischen Möglichkeiten kommt ein in privilegierten Ländern wie der Schweiz großzügig ausgestattetes Krankenversicherungswesen, welches eine weitgehende Behandlung auch schwer erkrankter Menschen mit schlechter Prognose möglich macht. Die Ökonomisierung der Medizin

2 Vgl. Art. 2 *Aufgaben des Arztes und der Ärztin* der Standesordnung der FMH (2022): »Es ist Aufgabe des Arztes und der Ärztin, menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten, Krankheiten zu behandeln, Leiden zu lindern und Sterbenden beizustehen.«

tut ihr Übriges dazu, dass bisweilen nicht behandelt wird, weil es noch sinnvoll oder zweckmäßig ist, sondern weil sich eine Patientin oder ein Patient lukrativ behandeln lässt.

3. Patientenverfügungen

Die Geschichte der Patientenverfügungen nahm in den 1970er Jahren in den USA ihren Anfang, als sich die intensivmedizinischen Möglichkeiten rasch erweiterten. Ein wegweisender Fall betraf Karen Quinlan, die als 21-jährige bei einem Partybesuch nach mutmaßlichem Drogenkonsum einen Kreislaufstillstand erlitten und in der Folge ein apallisches Syndrom (»Wachkoma«) entwickelt hatte. Es kam zu einem Rechtsstreit um die Einstellung der künstlichen Beatmung, in welchem die Eltern darauf bestanden, ihre Tochter eines »natürlichen Todes« sterben lassen zu lassen, während die behandelnden Ärzte die Ansicht vertraten, ein Verzicht auf intensivmedizinische Maßnahmen würde die »Grundsätze der praktischen Medizin« verletzen und wäre quasi gleichbedeutend damit, die Patientin zu töten. Der New Jersey Supreme Court entschied im Sinne der Eltern. 1976 wurde die Beatmungsmaschine abgestellt, Karen Quinlan atmete jedoch spontan weiter und verstarb erst 1985, ohne jedoch das Bewusstsein wieder erlangt zu haben.³

Indem es die private Entscheidung vor die staatliche Aufgabe des Lebensschutzes und die Therapiefreiheit der Ärzte stellte, hatte das Urteil damals wegweisende Bedeutung. Es etablierte nicht nur das Recht von Patientinnen und Patienten, eine Behandlung zu verweigern, auch wenn die Verweigerung zum Tod führt, sondern auch das Recht der Stellvertretenden, für die urteilsunfähige Person zu entscheiden. Zugleich hielt das Urteil fest, dass Behandlungsentscheidungen besser von den betroffenen Familien mit Input der behandelnden Ärztinnen oder Ärzten getroffen werden sollten als von Gerichten. Zudem sollten Entscheidungen

3 Vgl. The Evening Independent vom 12. Juni 1985, S. 1: *Karen Ann Quinlan dies after 10 years in a coma.*

die Invasivität der Behandlung sowie die Wahrscheinlichkeit einer Genesung berücksichtigen (vgl. Nabili 2022).

1976 wurde Kalifornien der erste US-Bundesstaat mit gesetzlicher Grundlage für die sogenannten »Living Wills«, bis 1992 hatten alle anderen US-Staaten nachgezogen. In Deutschland wurde bereits 1978 ein Muster eines »Patiententestaments« von Richter Wilhelm Uhlenbruck veröffentlicht. Im deutschen Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert wurde die Patientenverfügung jedoch erst 2009. In der Schweiz gab es bis 2012 kantonale Regelungen. Auch wenn seit 2013 eine bundesrechtliche Regelung existiert, so gibt es doch weiterhin eine Vielfalt an Formularen (vgl. Rügger 2021).

In der Bioethik sind Patientenverfügungen kontrovers rezipiert worden. Von vielen als Ausdruck der Patientenautonomie begrüßt, haben sie doch auch Kritik hervorgerufen (vgl. Wolf et al. 1991). Zu den wichtigsten Einwänden zählen folgende:

- Die Diskussion der Patientenverfügungen im Rahmen einer ärztlichen Konsultation nimmt viel Zeit in Anspruch und setzt die erforderliche Kompetenz voraus. Diesem Einwand kann durch entsprechende Vergütungsstrukturen und Fortbildungsangebote begegnet werden. Gerade da Präferenzen sich im Laufe der Zeit wandeln können, ist eine regelmäßige Überprüfung der Aktualität und gegebenenfalls eine Anpassung des Inhalts einer Verfügung wichtig.
- Es ist schwer zu antizipieren, was die eigenen Präferenzen im Falle einer künftigen medizinischen Situation sein würden. Zudem sind viele Bürgerinnen und Bürger unzureichend über Behandlungsoptionen informiert. Hierauf kann entgegnet werden, dass wir im Alltag immer wieder zukunftsorientierte Entscheidungen auf der Basis von Annahmen über unsere künftigen Präferenzen und mit begrenztem Wissen treffen. Allerdings ist es richtig, dass es Informationen über Nutzen und negativen Effekte von Behandlungsoptionen sowie deren Wahrscheinlichkeit im Rahmen von Entscheidungshilfen zugänglich gemacht werden sollten.
- Patientenverfügungen sind oft zu vage, um bei konkreten Behandlungsentscheidungen hilfreich zu sein. Hierzu ist zu sagen,

dass es bei Patientenverfügungen nicht unbedingt um konkrete Handlungsanweisungen gehen muss, sondern eine grundsätzliche Ausrichtung des Therapieziels (eher palliativ oder kurativ) bisweilen bereits wertvolle Informationen für Behandelnde geben können. Geeignete (insbesondere interaktive, digitale) Formate erlauben es den Nutzenden, den gewünschten Level an Spezifität selbst zu wählen.

- Statt an Vorausverfügungen sollte sich die Behandlung urteilsunfähiger Patientinnen und Patienten an deren aktuellem besten Interesse orientieren. Hierzu ist einzuwenden, dass oft eben unklar ist, worin das aktuelle beste Interesse des Betroffenen besteht. Gerade wenn die Möglichkeiten des Lebenserhalts sehr weitreichend sind, kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Maximaltherapie im Interesse des Betroffenen ist, gerade wenn sie nicht vom Patientenwillen gedeckt ist.

Trotz der Skepsis, die Patientenverfügungen entgegengebracht worden ist, haben diese doch zunehmend Verbreitung gefunden. Inzwischen hat fast die Hälfte aller Personen über 65 Jahre in der Schweiz eine Patientenverfügung (vgl. Pro Senectute Schweiz 2017; Umbricht/Yin 2021).⁴

Die langjährige Auseinandersetzung mit den rechtlichen Implikationen (vgl. Guillod/Guinand 1988) hat in der Revision des Schweizer Erwachsenenschutzrechts seinen Niederschlag gefunden (vgl. Bundesamt für Justiz 2012). So befassen sich Artikel 370 bis 373 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB) mit der Patientenverfügung, Artikel 360 bis 369 mit dem Vorsorgeauftrag, also der Möglichkeit, eine andere Person im Falle der eigenen Urteilsunfähigkeit mit der Vertretung in Angelegenheiten der Personen- oder Vermögenssorge oder auch im Rechtsverkehr zu beauftragen.

Die gesetzlichen Regelungen zur Patientenverfügung sehen vor, dass urteilsfähige Personen in einer Patientenverfügung festlegen

4 Die Ausführungen dieses Beitrags zur Patientenverfügung konzentrieren sich auf die Situation in der Schweiz.

können, welchen medizinischen Maßnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmen oder nicht zustimmen. Zudem können Vertretungspersonen benannt werden, die im Fall der Urteilsunfähigkeit der oder des Betreffenden mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Maßnahmen besprechen und stellvertretend entscheiden soll (ZGB, Art. 370). Patientenverfügungen sind schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen. Eine notarielle Beglaubigung oder ein Gegenzeichnen des Hausarztes sind nicht erforderlich (Art. 371). Das Vorliegen einer Patientenverfügung wird von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt abgeklärt. Vorbehalten bleiben dringliche Fälle, in welchen die Ärztin oder der Arzt medizinische Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person ergreift (Art. 379). Zudem gilt: »Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht.« Wenn der Patientenverfügung nicht entsprochen wird, müssen zudem die Gründe im Patientendossier festgehalten werden (Art. 372). Im Falle einer fürsorglichen Unterbringung⁵ ist der rechtliche Status von Patientenverfügungen schwächer, sie sind lediglich »zu berücksichtigen« (Art. 433).

Patientenverfügung haben sich also in den letzten Jahrzehnten zunehmend als Norm etabliert. Medienbeiträge oder Werbeanzeigen von Anbietern beflügeln in schöner Regelmäßigkeit die Idee, man solle – am besten gemeinsam mit den »letzten Dingen« – auch die medizinische Versorgung regeln. Dem liegt allerdings ein Missverständnis zugrunde: Zum einen sind Patientenverfügungen nicht auf das Lebensende beschränkt, sondern betreffen den Zustand der Einwilligung- oder Urteilsunfähigkeit unabhängig von der Lebensphase. Eine vorausschauenden

5 Vgl. ZGB Art. 426 Abs. 1: »Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.«

de, detaillierte, rechtverbindliche Regelung der eigenen medizinischen Behandlung ist oft allerdings weder machbar noch wünschenswert. Bisweilen entsteht der Eindruck, man könne entsprechende Formulare, allenfalls unterstützt durch Checklisten, abarbeiten wie eine Steuererklärung.

Dabei sind Patientenverfügungen als Ausdruck und Vehikel der Patientenautonomie grundsätzlich durchaus zu begrüßen. Ihre Einführung bildet die Entwicklung von einer Orientierung am – ärztlicher Expertise vermeintlich unmittelbar einsichtigen – Patientenwohl hin zur Orientierung am erklärten oder (falls Vertretungspersonen zum Einsatz kommen) mutmaßlichen Patientenwillen ab. Dabei gilt ein kategorisches Abwehrrecht für medizinische Interventionen, während das Erfüllungsrecht an weitere Voraussetzungen wie medizinische Indikation und Verfügbarkeit der Intervention gebunden ist.

Jedoch setzt genuine Selbstbestimmung mehr voraus als einen Formalismus: Sie erfordert nicht nur Urteilsfähigkeit und Freiwilligkeit, sondern auch ein Verständnis der Situation, über die im Voraus verfügt werden soll. Je nach Granularität der zukunftsgerichteten Entscheidungen werden damit auch Informationen zu den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten und deren Bedeutung für den Einzelfall erforderlich. Allerdings ist dabei zu beachten, dass Patientenverfügungen durchaus nicht immer darauf zielen, in einem Akt vorausverfügender Selbstbestimmung Gesundheitsfachpersonen möglichst detailliert eine Wunschbehandlung vorzuschreiben. Oft ist das Anliegen, den eigenen Sorgen bezüglich der künftigen Gesundheitsversorgung Ausdruck zu verleihen oder Angehörige zu entlasten.

Wenn es um die Frage geht, wie gut Patientenverfügungen ihre Ziele erreichen, muss zuallererst definiert werden, was die Ziele gesundheitlicher Vorausplanung überhaupt sind. In der Literatur zeichnet sich hier als Konsens die »goal concordant care« ab, also eine Versorgung, die mit den Patientenzielen übereinstimmt (vgl. Gloeckler et al. 2021). Dabei kann man allerdings auf zwei Seiten irren:

1. Eine Patientenverfügung kann zu allgemein abgefasst und damit wenig aussagekräftig sein. Ein klassisches Beispiel ist die Aussage:

»Ich möchte in Würde und Frieden sterben.«, die wohl auf nahezu alle Menschen zu trifft. Die Frage ist vielmehr, wieviel Behandlungsaufwand jemand bereit ist, auf sich zu nehmen, um das Lebensende aufzuschieben. Auch eine inhaltlich wenig gehaltvolle Patientenverfügung kann allerdings einen gewissen »Feel good«-Faktor bei den Betroffenen und ihren Angehörigen mit sich bringen. Man hat sich gekümmert, hat vorgesorgt, und vermutlich wird eine solche Regelung auch nicht schaden. Allerdings verlässt man sich auf etwas, was eigentlich kein Gewicht hat. Zudem wird für ein solch praktisch wenig hilfreiches Papier bisweilen ein unverhältnismäßiger Ressourcenaufwand betrieben (etwa durch Rechtsanwalt- oder ggf. sogar Notargebühren). Manche Individuen haben große Sorge, ihre Patientenverfügung noch nicht »erledigt« zu haben, obgleich im Fall einer pauschal gehaltenen Verfügung keine konkreten Erwartungen auf die Gesundheitsversorgung zu erwarten sind.

2. Das zweite Risiko betrifft die gegenteilige Situation: Es werden spezifische, rechtlich bindende und konsequenzenreiche Entscheidungen getroffen, jedoch ohne die erforderliche Evidenzbasis – im Sinne grundlegender medizinischer Kenntnisse, persönlicher Erfahrung oder gar der aktuellen Studienlage. Während bei Therapieentscheidungen im urteilsfähigen Zustand üblicherweise die Behandlungsteams involviert sind oder ggf. eine Zweitmeinung eingeholt werden kann, wird im Falle der Patientenverfügung unilateral entschieden. Vordrucke suggerieren oft eine »Menüwahl«, die medizinisch unsinnig oder gar schädlich und damit eine unzumutbare Belastung für das Behandlungsteam sein kann, zum Beispiel der pauschale Verzicht auf schmerzlindernde Maßnahmen.⁶

Als Ausweg wird bisweilen propagiert, sich auf allgemeine Angaben zu Werten (z.B. »meine wichtigsten Überzeugungen, Wertvorstellungen und Glaubenssätze«) zu beschränken. Während es Personen geben mag, denen es leichtfällt, ihr persönliches Credo zu artikulieren, wird doch

6 Vgl. z.B. den »prevago-Fragebogen«, welcher im Magazin *Focus Money Online* erworben wurde, https://formular.prevago.de/?utm_source=focus#1.

manch anderer mit dieser Aufgabe ringen. Zugleich kann es auch eine Überforderung des ärztlichen Gegenübers sowie der Stellvertreterinnen oder Stellvertreter bedeuten, die dann versuchen müssen, diese Vorgaben auf die konkrete Situation zu übertragen. Besonders schwierig wird es für Behandelnde, wenn sie mit ihnen unbekanntem urteilsunfähigen Patientinnen oder Patienten zu tun haben und dekontextualisierte Patientenverfügungen (ohne weitere medizinische, soziale, biographische Angaben) interpretieren sollen.

4. Schlussbetrachtungen

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Patientenverfügung durchaus ein sinnvolles Instrument zur Stärkung der Patientenautonomie sein kann, wenn:

- *die Verfügung tatsächlich verfügbar ist, wenn sie gebraucht wird.* Das kann gerade bei papierbasierten Patientenverfügungen durchaus ein Problem sein. Digitale Formate können die Verfügbarkeit deutlich erleichtern (vgl. Biller/Biller-Andorno 2023).
- *die Beantwortung von Fragen vermieden wird, zu denen keine fundierte Antwort gegeben werden kann.* Statt auf das möglichst vollständige Ausfüllen eines Formulars zu zielen, sollte der Fokus auf den Inhalten liegen, die man wirklich transportieren möchte. »Was würde ich dem Behandlungsteam gern mitteilen?«, »Kann ich die Situation antizipieren?«, »Verstehe ich die verfügbaren Optionen mit ihren Vor- und Nachteilen?«, »Weiß ich mit hinreichender Gewissheit, was ich wollen würde?«, »Was möchte ich selbst bestimmen, was an meine Vertretungsperson oder die behandelnden Ärzte delegieren?«, »Wofür möchte ich Festlegungen treffen, wofür Interpretationsspielräume offenlassen?« Dies können Leitfragen sein, die helfen, diejenigen Inhalte zu identifizieren, über die man eigentlich im Voraus verfügen wollte.
- *allfällige Vertretungspersonen gut informiert sind.* Wenn Vertretungspersonen bezeichnet werden, sollten diese, etwa im Rahmen von Ge-

sprächen und gemeinsamen Reflexionen, den Willen des Betroffenen verstehen lernen. Dies ist besonders wichtig, wenn von der Vertretungsperson nicht nur erwartet wird, dass sie dem Behandlungsteam einen klar deklarierten Willen zur Kenntnis gibt, sondern dass sie im Falle nicht antizipierter Situationen hilft, den mutmaßlichen Willen zu bestimmen.

- Vorannahmen und Werte deutlich gemacht sowie kontextuelle Informationen (z.B. (medizinische, soziale und biographische Angaben) gegeben werden. Diese Angaben helfen den Umsetzenden, die Intentionen von Festlegungen zu verstehen und damit bestmöglich zu realisieren.

Viele Formulare (oft zum Ankreuzen) legen eine »Steuererklärung« nahe: alles möglichst genau und der Reihe nach auszufüllen. Diese Einstellung ist allerdings deplatziert, wenn sie dazu führt, dass Inhalte angegeben werden, die keine gut informierte und reflektierte Entscheidung widerspiegeln. Es ist wichtig, sich dabei vor Augen zu führen, dass eine unsachgemäß ausgefüllte Patientenverfügung schaden kann, wenn sie zu einer Behandlung führt, die nicht im Sinne des Patienten oder der Patientin ist. Innovative digitale Plattformen können durch ein smartes Design helfen, diese Risiken zu reduzieren, beispielsweise durch Verständnischecks und Konsistenzprüfungen (vgl. Biller-Andorno/Biller 2021).

In der letzten Zeit wurde in verschiedener Weise auf die Herausforderungen reagiert, die Patientenverfügungen mit sich bringen. So wurde zum einen geraten, inhaltlich in Patientenverfügungen möglichst zurückhaltend zu sein und stattdessen den bezeichneten Vertretungspersonen mehr Spielraum zu geben. Das setzt allerdings voraus, dass eine geeignete Person existiert, die bereit und in der Lage ist, diese Aufgabe zu übernehmen. Und auch dann sind sie möglicherweise nicht immer zur Stelle, wenn eine Situation akut eintritt. Hinzu kommt, dass Vertretungspersonen – gemäß einer großen Übersichtsstudie – Behandlungspräferenzen nur zu 68 Prozent akkurat einschätzen (vgl. Shalowitz et al. 2006). Dieser Befund überrascht wenig, ist die Rolle der Vertretungsperson doch äußerst anspruchsvoll: Es braucht nicht nur ein sehr gutes

Verständnis der Behandlungsziele der betreffenden Person, sondern es muss auch klar zwischen dem deklarierten oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen und den eigenen Wünschen und Interessen unterschieden werden.

Die Vorbereitung von Vertretungspersonen auf ihre potenziellen Aufgaben ist ein Thema der gesundheitlichen Vorausplanung (dem sogenannten Advance Care Planning), welches in einem strukturierten Prozess fachliche Unterstützung bei der Abfassung und Aktualisierung von Patientenverfügungen bietet.⁷ Ein solches Angebot richtet sich weniger an die breite Bevölkerung, sondern an Personen, bei denen absehbarerweise in der nächsten Zeit wichtige medizinische Entscheidungen anfallen und eine zumindest vorübergehende Urteilsunfähigkeit des Patienten bzw. der Patientin nicht unwahrscheinlich ist. Allerdings ist auch dieses Vorgehen nicht frei von Problemen, denn eine persönliche Beratung schließt natürlich die Möglichkeit zur bewussten oder unbewussten Manipulation ein. Das ist besonders heikel, wenn solche Beratungsgespräche von Betroffenen nicht nachgesucht, sondern von Einrichtungen wie etwa Alters- und Pflegeheimen empfohlen oder gar aufgedrängt werden. In solchen Fällen steht nicht nur der Schutz der Privatsphäre in Frage (schließlich geht es um höchstpersönliche Entscheidungen), sondern auch das ursprüngliche Anliegen der Patientenverfügung, der Patientenautonomie auch im Fall der Urteilsunfähigkeit zur Geltung zu verhelfen.

Sehr interessante Entwicklungen wurden in letzter Zeit durch die Digitalisierung ermöglicht. So können digitale Patientenverfügungen nicht nur elektronisch hinterlegt und mit gestaffelten, von der Nutzerin oder dem Nutzer definierten Zugriffsrechten ausgestattet werden, sondern mit multimodalen Informationen (z.B. Erklärvideos) und Entscheidungshilfen ergänzt werden (vgl. Biller-Andorno et al. 2022b). Es ist auch denkbar, digitale Entscheidungshilfen mit Künstlicher Intelligenz zu kombinieren, so dass KI-basierte Vorhersagen über individuelle Präferenzen möglich werden (vgl. Biller-Andorno/Biller

7 Zu den Entwicklungen in der Schweiz vgl. Bundesamt für Gesundheit (2021).

2019; Biller-Andorno et al. 2022a; Ferrario et al. 2022). Als Zukunftsszenario wäre denkbar, dass Menschen einen »Digitalen Zwilling« haben, in den ausreichend viele Daten über persönliche Werte, Verhalten etc. einfließen, so dass das Entscheidungsverhalten modelliert werden kann (vgl. Iqbal et al. 2022). Eine wichtige ethische Herausforderung wird sein, die Möglichkeiten und Grenzen dieser rasch voranschreitenden technologischen Entwicklungen so zu definieren, dass sie menschliche Selbstbestimmung fördern und nicht unterminieren.

Literatur

- Allen, N. (2014): »Cancer suffer: Why I'm choosing to die on Nov 1 aged 29«, in: The Telegraph, 08. Oktober 2014, <https://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/northamerica/usa/11149321/Cancer-sufferer-Why-Im-choosing-to-die-on-Nov-1-aged-29.html>.
- Ariès, Ph. (1980): Geschichte des Todes. Stuttgart.
- Bieler, L. (2021): »Suizidkapsel hofft in der Schweiz Fuss zu fassen«, in: swissinfo.ch, 08. Dezember 2021, <https://www.swissinfo.ch/ger/suizidkapsel-wird-in-der-schweiz-rechtlich-zugelassen/47156258>.
- Biller, A./Biller-Andorno, N. (2023): »From text to interaction: The DiAD method for advance directives«, in: Digit Health, 03. Januar 2023, <https://doi.org/10.1177/20552076221147414>.
- Biller-Andorno, N. (2011): »Voluntariness in Living-Related Organ Donation«, in: Transplantation, 92 (6), S. 617–619.
- Biller-Andorno, N./Biller, A. (2019): »Algorithm-Aided Prediction of Patient Preferences – An Ethics Sneak Peek«, in: N Engl J Med, 381 (15), S. 1480–1485.
- Biller-Andorno, N./Biller, A. (2021): »The Advance Care Compass – A New Mechanics for Digitally Transforming Advance Directives«, in: Frontiers Digital Health, 15. Oktober 2021, <https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.753747>.
- Biller-Andorno, N./Ferrario, A./Gloeckler, S. (2022a): »In search of a mission: Artificial Intelligence in clinical ethics«, in: The American Journal of Bioethics, 22 (7), S. 23–25.

- Biller-Andorno, N./Gloeckler, S./Ferrario, A. (2022b): »A Framework for Applying Digital Technologies to Enhance Advance Directives«, in: *Yale Journal of Biology and Medicine*, 30, 95 (3), S. 349–353.
- Bundesamt für Gesundheit (2021): Gesundheitliche Vorausplanung, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-02-06-2020.html>.
- Bundesamt für Justiz (2012): Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung stärken das Selbstbestimmungsrecht, <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/aktuell/news/2012/2012-11-16.html>.
- Bundesamt für Statistik (2022): Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter, <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23145296>.
- Bundesverfassungsgericht (2020): Leitsätze. Zum Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bv_r234715.html.
- Deutscher Bundestag (2022): Bundestag berät über Initiativen zur Reform der Sterbehilfe in erster Lesung, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw25-de-suizidhilfe-897826>.
- Di Falco, D. (2017): »Wie aus dem Sterben ein Projekt wurde«, in: *Horizonte*, Nr. 112, 01. März 2017, <https://www.snf.ch/de/nTyOFFeTkeXLhiEk/news/news-170301-horizonte-wie-aus-dem-sterben-ein-projekt-wurde>.
- Duckworth, St. (2021): »I support assisted dying – but am appalled by Switzerland’s suicide machine«, in: *The Independent* vom 07. Dezember 2021, <https://www.independent.co.uk/voices/sarco-assisted-d-dying-switzerland-stephen-duckworth-b1971534.html>.
- Fédération des médecins suisses (FMH) (2022): Standesordnung der FMH, <https://www.fmh.ch/files/pdf7/standesordnung-fmh.pdf>.
- Fedlex (2023): Schweizerisches Strafgesetzbuch, https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/de.
- Ferrario, A./Gloeckler, S./Biller-Andorno, N. (2022): »Ethics of the algorithmic prediction of goal of care preferences: from theory to practice«, in: *Journal of Medical Ethics*, 08. November 2022, medethics-2022-108371.
- Genova, L. (2015): *Still Alice*. Köln.

- Gloeckler, S./Krones, T./Biller-Andorno, N. (2021): »How to Evaluate Advance Care Planning: A Scoping Review to Inform Best Research Practice on Measuring Goal Concordant Care«, in: *BMJ Supportive & Palliative Care* 2021, 19. Oktober 2021, <https://doi.org/10.1136/bmj.spcare-2021-003193>.
- Gómez-Virseda, C./de Maeseneer, Y./Gastmans, Ch. (2019): »Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature«, in: *BMC Med Ethics*, 26. Oktober 2019, <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0417-3>.
- Guillod, O./Guinand, J. (1988): »Validité et efficacité du testament biologique«, in: *Revue de droit suisse*, 107 (I), S. 401–433.
- Hauser, Ch. (2021): »A 3-D Printed Pod Inflames the Assisted Suicide Debate«, in: *The New York Times* vom 16. Dezember 2021, <https://www.nytimes.com/2021/12/16/world/europe/suicide-pods-switzerland.html>.
- Heaven, W.D. (2022): »The messy morality of letting AI make life-and-death decisions«, in: *MIT Technology Review*, 13. Oktober 2022, <https://www.technologyreview.com/2022/10/13/1060945/artificial-intelligence-life-death-decisions-hard-choices/>.
- Hehli, S. (2022): »Die Suizidkapsel Sarco sorgt weltweit für Wirbel – jetzt platzt die Premiere in der Schweiz«, in: *NZZ* vom 05. Januar 2022, <https://www.nzz.ch/schweiz/suizidkapsel-sorgt-fuer-wirbel-jetzt-platzt-schweizer-premiere-ld.1662985>.
- Hyun, B. (2021): »Sarco-Pod: In der Schweiz gibt's jetzt eine ›Suizid-Box‹ – völlig legal«, in: *24hhamburg*, 11. Dezember 2021, <https://www.24hamburg.de/niedersachsen/sarco-pod-in-der-schweiz-gibt-jetzt-eine-suizid-box-voellig-legal-szrn-zr-91166582.html>.
- Iqbal, J./Krauthammer, M./Biller-Andorno, N. (2022): »The use and ethics of digital twins in medicine«, in: *J Law Med Ethics*, 50 (3), S. 583–596.
- Kunz, R./Rüegger, H. (2018): »Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin«, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 99 (05), S. 156–158.

- Nabili, S.N. (2022): »Things to know about an advance medical directive«, in: MedicineNet, https://www.medicinenet.com/advance_medical_directives/article.htm#the_current_situation.
- OECD (2017): Health policy in Switzerland, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Switzerland-July-2017.pdf>.
- Pro Senectute Schweiz (2017): Selbstbestimmung bei Urteilsunfähigkeit – Zahlen und Fakten, <https://gfs-zh.ch/wp-content/uploads/2017/10/Zahlen-und-Fakten-zur-Selbstbestimmung-bei-Urteilsunf%C3%A4higkeit.pdf>.
- ref.ch (2014): Umfrage: Mehrheit der Bevölkerung will Alterssuizid erlauben, 25. September 2014, <https://www.ref.ch/news/umfrage-mehrheit-der-bevoelkerung-will-alterssuizid-erlauben/>.
- Rüegger, H. (2021): Patientenverfügungen in der deutschen Schweiz. Ein kurzer Überblick, https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/work/files/R%C3%BCegerH_GVP_Patientenverf%C3%BCgungenCH_210511_Kickoff_o.pdf.
- Salathé, M. (2019): »Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis«, in: Schweizerische Ärztezeitung, 100 (05), S. 122.
- Schlebach, A. (2021): »Euthanasie: Die ›Rassenhygiene‹ der Nationalsozialisten«, in: NDR, 11. August 2021, <https://www.ndr.de/geschichte/chronologie/Euthanasie-Die-Rassenhygiene-der-Nationalsozialisten,euthanasie100.html>.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2021): Umgang mit Sterben und Tod, 2. Aufl., <https://www.fmh.ch/files/pdf7/anhang-1-standesordnung-fmh.pdf>.
- Shalowitz, D.I./Garrett-Mayer, E./Wendler, D. (2006): »The accuracy of surrogate decision makers: A systematic review«, in: Archives of Internal Medicine, 166 (5), S. 493–497.
- Streeck, N. (2020): Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende. Frankfurt a.M.
- Trachsel, M./Biller-Andorno, N. (2022): »Das kleine Einmaleins der Urteilsfähigkeit: Die Top-10-Grundsätze für die klinische Praxis«, in: Praxis, 111 (3), S. 149–156, <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003806>.

- Umbricht, A./Yin, J. (2021): Telefonische Omnibus-Befragung zur persönlichen Vorsorge. Quantitative Befragung im Auftrag von Pro Senectute Schweiz, https://gfs-zh.ch/wp-content/uploads/2021/05/gfs-Resultate_Vorsorge_2020_2021_d.pdf.
- Wildt, M. (2012): »Massenmord und Holocaust«, in: Informationen zur Politischen Bildung, 18. Dezember 2012, <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/izpb/151942/massenmord-und-holocaust/>.
- Wolf, S.M./Boyle, Ph./Callahan, D./Fins, J.J./Jennings, B./Lindemann N.J./Barondess, J.A./Brock, D.W./Dresser, R./Emanuel, L./Johnson, S./Lantos, J. (1991): »Sources of Concern about the Patient Self-Determination Act«, in: N Engl J Med, 325, S. 1666–1671.

