

# Ärztliches Handeln am Lebensende

P. Ryser-Düblin, August 2016

## Einleitung:

Wenn heute über ärztliches Handeln am Lebensende Stellung genommen werden soll, dann beginnen die Probleme bereits bei den sprachlichen Ausdrücken, der Terminologie. Sprachliche Manipulationen und gezielte Umdefinitionen werden bewusst gepflegt. Sprachpolitik ist heute grosse Mode geworden. Dazu sind einige Bemerkungen nicht zu umgehen. Eine Durchsicht der fast unübersehbaren Publikationen zum Thema zeigt einmal die Unschärfe des Begriffes «Sterbehilfe». Jeder versteht etwas Anderes darunter. So bleibt oft ungeklärt, ob eine Hilfe beim Sterben, im Sinne der echten Sterbebegleitung oder eine Hilfe zum Sterben mit aktiven Massnahmen am Lebensende gemeint ist. Die Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften – SAMW – sprach 2010 von organisierter Sterbehilfe - gemeint war jedoch die Suizidbeihilfe. Mit Sterbehilfe werden praktisch alle denkbaren ärztlichen Handlungen am Lebensende umschrieben wie: lindernde Behandlung, persönlicher Beistand, Palliative Care, Aktivitäten im Rahmen der Suizidbeihilfe, Entscheide über Weiterführung oder Absetzen von Behandlungen, terminale Sedierung, verschiedene Formen aktiver Massnahmen wie Absetzen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Neu wird auch der Oberbegriff Entscheidungen am Lebensende, «end-of-life decisions» propagiert. Umdeutungen hat auch die als menschlicher Beistand gemeinte Sterbebegleitung erfahren, welche nun auch von Organisationen wie Exit und Dignitas für ihre Tötungshilfe in Anspruch genommen wird. Verbreitet ist neuerdings auch der Begriff «Freitod» für den assistierten Suizid. Dies soll den Eindruck einer freien Wahl vorschützen, doch ist die Urteilsfähigkeit in aller Regel eingeschränkt und Beeinflussungen durch das Umfeld nicht zu vernachlässigen. Diese Schönfärbereien entsprechen einer allgemeinen Tendenz in der schweizerischen Suizidhilfedebatte. Bioethische Differenzen äussern sich nicht selten als Kampf um Begriffe.

Zu weiteren Unklarheiten führt auch die offizielle Definition der passiven Sterbehilfe: Verzicht oder Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen. In der Schweiz wird auch der Entzug von Flüssigkeit und Nahrung dazu gerechnet, wobei wir zu bedenken haben, dass auch ein gesunder Mensch unter diesen Bedingungen nach kurzer Zeit stirbt. Damit ist man bereits im Umfeld aktiver Euthanasie bzw. aktiver Tötungen. Ebenso zeigt die Umschreibung der indirekt aktiven Sterbehilfe – der Einsatz von Mitteln zur Leidenslinderung, welche als

Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können- zumindest einen sprachlichen Übergang zur aktiven Lebensbeendigung. Damit werden ethisch-moralisch sehr unterschiedlich zu beurteilende Handlungsweisen am Ende des Lebens nicht mehr oder zu wenig differenziert, was eine unerwünschte Austauschbarkeit unterstellt.

Von der Verwischung dieser Grenzen soll später noch die Rede sein.

Hauptfaktoren für die bestehenden Kontroversen und Unsicherheiten sind somit neben den erwähnten Sprachmanipulationen somit auch medizinische Massnahmen als solche, welche je nach Absicht des Handelnden ein unterschiedliches moralisches Gewicht bekommen. Hinzu treten Unsicherheiten in Grundsatzfragen bei in der Ärzteschaft und Ethikkommissionen. So wird zum Beispiel die Urteilsfähigkeit eines Suizidwilligen als zwingende Voraussetzung für das weitere Vorgehen postuliert doch sind Definition und Kriterien in der Ärzteschaft umstritten<sup>1</sup>. Und die Nationale Ethikkommission sprach sich im Grundsatz zwar dafür aus, Patienten mit psychische Krankheiten von der Suizidhilfe auszuschliessen, verwies aber dennoch auf mögliche Ausnahmen.<sup>2</sup>

### **Ärztliche Suizidbeihilfe**

Die aktuelle Haltung der Schweizer Ärzteschaft zur ärztlichen Suizidhilfe wurde vor 2 Jahren in einer umfangreicheren Studie untersucht<sup>3</sup>.

Gut drei Viertel aller Antwortenden fanden ärztliche Suizidhilfe grundsätzlich vertretbar, gut ein Fünftel lehnten diese grundsätzlich ab. Eine potenzielle Bereitschaft zur Suizidhilfe bekundeten 44%. Jedoch lange nicht alle dieser Ärzte wollten auch konkret aktiv werden. Damit reduzierte sich dieser Anteil auf einen Viertel aller Teilnehmer. Dies lässt auch eine erhebliche Zwiespältigkeit dem ärztlich assistierten Suizid gegenüber vermuten. Eine wichtige Rolle scheint die Religionszugehörigkeit zu spielen, indem 72% der Katholiken und 69% der Protestanten eine Beteiligung an der Suizidhilfe ablehnten. Dagegen hatten 7% aller Befragten mindestens einmal schon ein Medikament zur Selbsttötung verschrieben oder ausgehändigt. 23% der Ärzte sprachen sich für die Suizidbeihilfe bei chronischen Schmerzen, je 10% bei Dementen und psychisch schwer Kranken, und 8% gar bei hochbetagten Gesunden aus! Diese Befunde sind durchaus beunruhigend. Es muss uns allerdings nicht allzusehr erstaunen, wenn wir die Stellungnahmen wichtiger Akteure im Gesundheitswesen berücksichtigen. So stellte die SAMW mit Bezug

---

<sup>1</sup> Schweizerische Ärztezeitung 2014, 95, 1897

<sup>2</sup> SAMW Stellungnahme Nr. 9, 2005

<sup>3</sup> Swiss Med Wkly. 2015;145:w14142; Studie im Auftrag der SAMW, Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe 2014

aufs Lebensende 2004 fest: «Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes». Weniger bekannt ist allerdings, dass dieselbe Organisation 2 Jahre zuvor gar meinte, dass Beihilfe zum Suizid in gewissen Situationen auch zur ärztlichen Tätigkeit gehören könne.<sup>4</sup> Auch die liberale Haltung der Nationalen Ethikkommission – NEK - mit Ausweitung der Suizidhilfe auf Kinder und Jugendliche ist zu erwähnen. Auch wurde entweder die Suizidhilfe als mögliche ärztliche Tätigkeit diskutiert<sup>5</sup> oder deren Einschränkung aufs Lebensende angezweifelt.<sup>6</sup>

Die Rücklaufquote der verschickten Fragebogen der erwähnten Studie betrug allerdings lediglich 27%. Wie eine Untersuchung mit europäischen Ärzten, welche Studienformulare nicht zurückgeschickt hatten, zeigt, wird bei mangelhaften Rücklaufquoten der Anteil von Befürwortern der aktiven Lebensbeendigung überschätzt<sup>7</sup>. Damit können die Ergebnisse auch nicht auf die gesamte Ärzteschaft der Schweiz übertragen werden, worauf die Autoren selber hinweisen. Solche Einschränkungen werden in öffentlichen Debatten meist nicht mehr erwähnt.

### **Entscheidungen am Lebensende**

Über konkrete Praktiken am Lebensende in der Schweiz gibt eine weitere aktuelle Untersuchung Auskunft. Es wird eine Trendanalyse präsentiert, wobei ärztliche Entscheidungen am Lebensende - end-of-life decisions – in den Jahren 2001 und 2013 verglichen werden<sup>8</sup>. Die untersuchten Handlungen am Lebensende umfassten dabei ein breites Spektrum: Verzicht oder Absetzen einer lebensverlängernden Behandlung, Symptomtherapie mit Medikamentendosen, die zu einem beschleunigten Todeseintritt führen können, teilweise beabsichtigt, und der sogenannte ärztlich unterstützte Tod, ein Begriff, der sich im englischen Sprachraum als physician-assisted death etabliert hat. Darunter wird assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe, die Tötung mit oder ohne Verlangen verstanden. Folgende Ergebnisse verdienen eine grössere Aufmerksamkeit: Eine deutliche Zunahme war beim Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungen von 28,7% auf 35,2% zu verzeichnen. Dabei

---

<sup>4</sup> SAEZ 2002, 48

<sup>5</sup> Bioethica Forum 2007, 54,

<sup>6</sup> FMH-Präsident an Podiumsveranstaltung am 27.11.12

<sup>7</sup> Soz Präventiv Med 51 (2006) 24–33

<sup>8</sup> JAMA 2016, 176, 555-556; Swiss Med Wkly 2016, 146, w14307e

geschah dies in 43% der Fälle mit der gezielten Absicht der Lebensverkürzung. Damit handelt es sich nicht mehr um sogenannte passive oder indirekt aktive Sterbehilfe laut gängigen Definitionen, sondern um aktive willentliche Beschleunigung des Todes, um Tötungen. Im selben Zeitraum hat sich der ärztlich unterstützte Tod mehr als verdoppelt, vor allem wegen der Zunahme der Suizidbeihilfe. Aber 2013 war in 11 Fällen eine Tötung auf Verlangen erfolgt! Bei 25 Patienten wurde der Tod sogar ohne ausdrückliches Verlangen beschleunigt! Beide Methoden sind gesetzeswidrig, bei den letztgenannten müsste gar von Mord gesprochen werden. Von den Autoren wird etwas hilflos vermerkt, dass diese Fakten schwierig zu interpretieren seien. Eine statistisch signifikante Zunahme sei nicht feststellbar. Insgesamt handelt es sich aber um eine beunruhigende Entwicklung, welche eine weitere Ausbreitung der Kultur des Todes zeigt.

Die Zunahme der terminalen Sedierung von 4,7% auf 17,5% ist ein weiterer auffälliger Befund dieser Untersuchung. Die letztgenannte Quote ist sogar höher als diejenigen in Holland und Belgien.

Es sollen hier einige Bemerkungen zur Sedierung oder Sedation am Lebensende folgen, weil dadurch die moralische Problematik ärztlicher Handlungen bei schwer Kranken und Sterbenden beispielhaft diskutiert werden kann.

### **Terminale Sedierungen**

Bei den Sedierungen am Lebensende werden die Patienten wegen sonst nicht beherrschbaren unerträglichen Symptomen in einen künstlichen Tiefschlaf versetzt. In der Regel unterscheidet man zwischen palliativer und terminaler Sedation. Im Falle der palliativen Sedation handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Massnahme, bis die eingeleiteten Behandlungen bestehender Symptome bessere Wirkung entfalten. Ziel ist also die Überbrückung bis zum Wirkungseintritt der parallel eingeleiteten Therapie.

Bei der terminalen Sedation wird der sterbende Patient in einen schlafähnlichen Zustand versetzt, welcher bis zum Tod andauert. Von Palliativmedizinern wird oft betont, dass der Tod zwar «Ankunftsart», aber nicht beabsichtigtes Ziel sei<sup>9</sup>. Dies setzt jedoch voraus, dass die Prognose eines Schwerkranken verlässlich eingeschätzt bzw. Sterbende als solche erkannt werden können. Allgemein wird die Methodik im Rahmen der Palliativmedizin als etabliert und erprobt empfohlen, so von der Europäischen Gesellschaft für

---

<sup>9</sup> Schweiz Med Forum 2005, 5, 241-245

Palliativmedizin<sup>10</sup>. Auch in der Schweiz sind 2005 von palliative.ch entsprechende Empfehlungen ausgearbeitet worden.

Die Methode bleibt dennoch umstritten, denn es wird eine heikle Grauzone zur aktiven Sterbehilfe erreicht. Dies legt auch die dargelegte Entwicklung in der Schweiz nahe, indem auch bei anderen Massnahmen die Todesbeschleunigung durch Ärzte zunehmend akzeptiert wird. In Holland zeigte eine Umfrage bei Ärzten, die kontinuierliche tiefe Sedation am Lebensende praktizierten, dass 64% dies mit teilweiser oder eindeutiger Absicht zur Todesbeschleunigung ausführten.<sup>11</sup> Eine andere Untersuchung belegt erhebliche Unsicherheiten und Ambivalenzen bezüglich Absichtserklärungen bei der terminalen Sedation, und die Autoren erhoben den Vorwurf einer slow euthanasia, einer langsamen aktiven Tötung<sup>12</sup>. Entscheidend ist wiederum die Absicht von Arzt und Behandlungsteam. Diese Nähe zur Tötung mit oder ohne Verlangen hat auch dazu geführt, dass man lieber nur noch von palliativer oder kontinuierlicher tiefer Sedation spricht, was aber am grundsätzlichen Problem nichts ändert. Vorerst stellt sich die Frage, inwiefern die terminale Sedation anhand bisheriger Erfahrungen effektiv lebensverkürzend wirkt.

Während einzelne Autoren behaupten, dass bei dieser Methode keine Todesbeschleunigung eingetreten sei<sup>13</sup>, kann ein solches Risiko nicht ausgeschlossen werden, wenn volle Symptomkontrolle erreicht werden soll<sup>14</sup>. Untersuchungen in Holland legen nahe, dass geschätzte Lebensverkürzungen einige Tage bis Wochen oder gar über einen Monat betragen können.<sup>15,16</sup> Die unterschiedlichen Ergebnisse mögen auch mit der Methodik zusammenhängen. Denn nicht selten werden zusammen mit der terminalen Sedierung auch Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr eingestellt. Dies war nach neuen Untersuchungen in Belgien in rund 62% der Fälle der Fall<sup>17</sup>. Dies kann medizinisch zwar in der allerletzten Sterbephase naheliegend sein, doch ist bei längerer Sedierungsdauer die negative Wirkung auf das Überleben offensichtlich. Hier handelt es sich um pflegerische Grundbedürfnisse des Menschen.

Wenn wir dies alles mit der heutigen ärztlichen Tendenz bewusster Lebensverkürzung oder den damit verbundenen Unsicherheiten

---

<sup>10</sup> Palliative Medicine 2009, 23, 581-593

<sup>11</sup> Ann Intern Med 2004, 178-185

<sup>12</sup> Bioethics 2008, 22, 388-396

<sup>13</sup> Annals of Oncology 2009, 20, 1163-1169

<sup>14</sup> Support Care Cancer 2001, 9, 403-407

<sup>15</sup> Arch Intern Med 2006, 166, 749-753

<sup>16</sup> BMJ 2008, 336, 810-813

<sup>17</sup> PLOS ONE, DOI:10.1371/journal.pone.0158188, 2016

zusammennehmen, dann zeigt sich erst die volle Problematik kontinuierlicher Sedation am Lebensende. Kritiker weisen zudem darauf hin, dass die terminale Sedation am Lebensende wegen der im tiefen Koma vorhersehbaren Schädigung lebenswichtiger Zentren an der Hirnbasis eindeutig und vorhersehbar lebensverkürzend wirke, und daher als ärztlich unterstützter Tod, oder aktive Sterbehilfe einzuschätzen sei. Eine klare Abgrenzung zur palliativen, zeitlich limitierten Sedation wird daher gefordert<sup>18</sup>.

Befürworter der kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod verweisen sogar auf die katholische Moraltheologie, beziehungsweise die Lehre von der Doppelwirkung. Dasselbe Argument begegnet auch zur Begründung der indirekt aktiven Sterbehilfe<sup>19</sup>.

Für die moralische Vertretbarkeit einer Handlung mit guter und schlechter Wirkung sind nach der Lehre der Katholischen Kirche folgende Voraussetzungen zu fordern:<sup>20</sup>

1. Der Wille des Handelnden muss auf die gute Wirkung ausgerichtet sein.
2. Die gute Wirkung muss zeitlich zuerst erfolgen.
3. Ein proportional gewichtiger Grund muss für diese Handlung vorliegen.
4. Die gute wie auch die böse Wirkung müssen miteinander verbunden sein.

Für die zeitlich begrenzte palliative Sedierung zur Linderung schwerer Symptome erscheinen diese Voraussetzung gegeben. Bei der kontinuierlichen Verabreichung von Medikamenten, die den Patienten bis zu seinem Tod in ein tiefes Koma versetzen, ist dies mehr als fraglich. Denn die Absicht der Handelnden ist oft ambivalent oder zielt gar auf die direkte Lebensverkürzung. Zudem ist mit einer wahrscheinlichen direkten Schädigung der Hirnbasis durch diese Massnahme zu rechnen, so dass die terminale Sedierung die Todesbeschleunigung als Hauptwirkung zur Folge haben kann.

Nur als Nebenbemerkung sei festgehalten, dass auch die Suizidbeihilfe gemäss Lehre der Doppelwirkung absolut verwerflich ist. Offenbar nimmt man nur dann gerne Bezug auf die Lehre der Katholischen Kirche, wenn sie den aktuellen liberalen Tendenzen der Bioethik zu dienen scheint.

## **Rolle der Palliativmedizin**

Um den in der Schweiz zunehmenden assistierten Suiziden und den aktiven Lebensbeendigungen zu begegnen, scheint ein konsequentes Angebot von palliativmedizinischen Einrichtungen der richtige Weg zu sein. Sowohl HLI

---

<sup>18</sup> American Journal of Palliative & Hospice Medicine 2010, 27, 205-214

<sup>19</sup> Schweiz Med Forum 2005, 5, 193-198

<sup>20</sup> Nach J. Piegsa: Der Mensch, das moralische Lebewesen, Band 1 1996

Schweiz als auch die VKAS haben sich regelmässig in diesem Sinne geäussert. Nun ist es offensichtlich, dass Palliative care bei schwer und terminal Kranken ausgezeichnete Dienste leisten kann. Viele Untersuchungen zeigen auch, dass mit diesen Zuwendungen das Verlangen nach Suizidbeihilfe oder aktive Sterbehilfe reduziert werden kann.

Allerdings geben führende Palliativmediziner durchaus ausweichende Antworten, wenn sie nach der Legitimität der Suizidbeihilfe befragt werden oder sie weisen darauf hin, dass sich Palliative Care und Suizidhilfe nicht widersprechen sondern sich gar ergänzen könnten<sup>21</sup>. In diesem Zusammenhang ist eine Umfrage unter Mitgliedern der Schweizerischen Gesellschaft für Palliativmedizin aus dem Jahre 2002 aufschlussreich.

Denn 44% befürworteten ärztlich assistierten Suizid, 31% direkte aktive Sterbehilfe generell, 25% dasselbe für psychiatrische Patienten und schliesslich 10% lebensbeendende Aktionen ohne Verlangen des Patienten. Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid hatten 8%, mit lebensbeendenden Aktionen ohne ausdrückliches Verlangen 4%, und mit direkter aktiver Sterbehilfe 3%. Damit ergibt sich ein klarer Widerspruch zu Stellungnahmen der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin, welche bekräftigen, dass solche Aktivitäten auszuschliessen sind<sup>22</sup>. Diese Anteile betreffen angesichts der Rücklaufquote von knapp 56% allerdings nicht das ganze Kollektiv der Mitglieder. Doch zeigt sich, dass die Kultur des Todes sich auch schon in der Palliativmedizin breit macht.

### **Organentnahmen nach Euthanasie oder Suizidbeihilfe**

Ein relativ neues Phänomen stellen Organspenden nach Euthanasie und Suizidbeihilfe dar. Immerhin ist dies in Belgien und Holland seit 2005 über 40 mal praktiziert worden. In Belgien sind bisher auf diese Weise vor allem Lungen, in Holland auch andere Organe transplantiert worden. Aus Publikationen ist bekannt, dass psychische Leiden, neuromuskuläre Störungen und in einem Fall auch chronische Schmerzen Grund für die aktive Tötung waren. Organentnahmen nach Euthanasie oder Suizidbeihilfe entsprechen so genannten DCD, also donations after cardiac death, bzw. Organentnahmen nach Herzkreislaufstillstand. Je nachdem, in welcher Situation der Herzstillstand erfolgt, gab es bisher 4 Maastricht-Kategorien. Neu wird nun für die Organentnahme nach Euthanasie gar eine Kategorie V vorgeschlagen<sup>23</sup>. Konkret wird nach Gabe des Tötungsmittels der Herzkreislaufstillstand abgewartet, um

---

<sup>21</sup> SAEZ 2012, 93, 669-670; NZZ vom 11.4.2011, Seite 11

<sup>22</sup> Palliative Medicine 2015, 1-13

<sup>23</sup> P. Evrard, Transplantation Proceedings 2014, 46, 3138

nach einer weiteren Wartezeit (5 min in Holland und Belgien) zur Organentnahme zu schreiten. In der Regel erfolgt die Tötung des Patienten in einem Raum neben dem Operationssaal, um eine rasche Organentnahme zu gewährleisten.

Es wird bekräftigt, dass Euthanasie und Organentnahmeprozess streng voneinander zu trennen seien, was wohl einer Wunschvorstellung entspricht. Als Vorteile solcher Organbeschaffungen wird u. a. auf die Reduzierung des Organmangels der Transplantationsmedizin, ein schneller Tod und daher gute Organqualität verwiesen. Der Mensch wird hier praktisch nur noch als Organlieferant wahrgenommen und dementsprechend instrumentalisiert. Euphemistische Beschwichtigungen wie Respektierung der Autonomie, reiner Akt von Nächstenliebe (pure act of altruism) in der Erfüllung des letzten Wunsches ändern daran nichts Grundsätzliches.

Ein Bioethiker der Universität Basel propagiert nun auch die Organspende nach Suizidbeihilfe in der Schweiz. Er meint, dass in diesem Zusammenhang wertvolle Ressourcen für die Transplantationsmedizin verschwendet würden und rechnet vor, dass schon bei 50% Spendewilligen der Organmangel stark reduziert wenn nicht gar behoben werden könnte. Er plädiert auch für eine Abkürzung der in der Schweiz geltenden Wartezeit nach Herzstillstand von 10 min. In diesem Zusammenhang ist bereits eine Diskussion unter Bioethikern im Gange, welche in diesen Fällen die Organentnahme durch Euthanasie beschleunigen möchten, denn warum sollte bei Patienten, die ohnehin sterben wollen, der Tötungsmechanismus nicht optimiert werden, in dem einfach eine Narkose mit Organentnahme erfolgt? Die organ donation euthanasia! Wir sehen an dieser Entwicklung die abschüssige Bahn, auf die man bereits geraten ist.

**Zusammenfassende Beurteilung:** In Debatten bezüglich ärztlicher Entscheidungen und Handlungen am Lebensende ist immer wieder von bevorstehenden Dammbürchen die Rede, auch als slippery-slope-Argument bezeichnet. Dabei wird übersehen, dass entscheidende Dammbürche bereits erfolgt sind.

In der Schweiz hat die Straffreistellung der Beihilfe zum Suizid nach Art. 115 des Strafgesetzbuches zur Gründung diverser privater Sterbehilfeorganisationen geführt. Die SAMW hat ärztliche Suizidbeihilfe anfänglich konsequent abgelehnt, da dies nicht zum ärztlichen Auftrag gehöre. 2004 wurde dies zwar erneut bestätigt, die Suizidhilfe jedoch dem Gewissensentscheid des Arztes überlassen. Kurz danach erlaubte das Lausanner Universitätsspital

Sterbehilfeorganisationen den Zutritt, was zu einer erneuten Erklärung der SAMW im Jahre 2006 führte, indem man nun meinte, eine Suizidbeihilfe könne nicht vom Aufenthaltsort im Akutspital abhängig gemacht werden.

Entsprechend öffneten später auch einzelne Alters- und Pflegeheime ihre Pforten für die organisierte Suizidhilfe. Auch hier ist der Arzt entweder als aktiver Suizidhelfer oder zumindest als Beurteiler der Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen oder Verschreiber der tödlichen Natrium-Pentothals beteiligt. Eine ähnlich logische Abfolge lässt sich auch anhand der Verabsolutierung der Autonomie und Selbstbestimmung ablesen. Dieses Prinzip erschwert schon von sich aus eine Einschränkung der Suizidbeihilfe auf bestimmte

Bevölkerungsgruppen. So war diese «Dienstleistung» ursprünglich fast ausschliesslich für Sterbenskranke vorgesehen. Dann folgten chronische körperliche Leiden, psychische Krankheiten, aber auch psychischer Stress und Lebensmüdigkeit. Exit propagiert seit einiger Zeit schon die Freigabe des Alterssuizids. Das öffentliche Angebot der organisierten Suizidhilfe hat dem Selbstmord Anschein von Normalität und weitgehender Akzeptanz verliehen. Diese Entwicklung entspricht einem sogenannt logischen Slippery slope<sup>24</sup>. Zu beachten ist auch, dass in Deutschland und vor allem im angelsächsischen Sprachraum ärztliche Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen (Euthanasie) ethisch-moralisch praktisch gleichgestellt und dem Begriff physician-assisted death - ärztlich unterstützter Tod - untergeordnet werden. Bei der Suizidhilfe existieren schon rein praktische Übergänge zur Tötung auf Verlangen, indem komplizierte apparative Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, wobei schwerst Behinderte die tödliche Infusion mit Knopfdruck auslösen können<sup>25</sup>. Hierzu gehört auch der «Neuenburger Fall» im Jahre 2009, wobei eine Exit-Ärztin die Infusion mit dem tödlichen Mittel selber bediente, da die gelähmte Patientin dies nicht mehr selber vermochte. Vom zuständigen Gericht ist die Medizinerin jedoch freigesprochen worden, obwohl hier eine vom Gesetz verbotene Handlung vorlag<sup>26</sup>.

Welche gesellschaftlichen Einflüsse sind dafür verantwortlich, dass es so weit kommen konnte? Sicher spielen einmal die Säkularisierung und ein verbreiteter Glaubensverlust eine Rolle. In diesem Umfeld ist das Gewicht einer rein nutzenorientierten utilitaristischen und situativen Ethik grösser geworden. Der Utilitarismus kennt keinen wesentlichen moralischen Unterschied zwischen Tun und Unterlassen, was sich auch auf die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe auswirkt. Die Situationsethik dagegen kennt keine absoluten Grundsätze,

---

<sup>24</sup> Zeitschrift für Med Ethik 2008, 115-134

<sup>25</sup> Int J Legal Med 2003, 196-108

<sup>26</sup> Swiss-Info 28.12.2010

indem sie die Rechtfertigung von Handlungen von der konkreten Situation und dem kulturellen Kontext abhängig macht.

Die heutige Medizin ist immer noch einem ausgeprägten Machbarkeitsdenken verhaftet. Dies kommt gesellschaftlichen Bemühungen, Schicksal und Unverfügbares abzuschaffen, entgegen. Sterben und Tod werden als etwas Planbares aufgefasst. Auch wenn es sich abzeichnet, dass das Lebensende nahe ist, und das Leiden seinen Lauf nimmt, muss immer noch etwas «gemacht» werden, und sei es die Beihilfe zum gewünschten Suizid oder die direkte Beseitigung des Leidenden. Zwar sind der menschliche Beistand und die fürsorgliche Palliativmedizin ausserordentlich positiv zu bewerten, das ist keine Frage. Doch kann die Fürsorge selber auch einen totalitären Charakter annehmen, etwa wenn der assistierte Suizid als fürsorglicher Grenzfall bezeichnet wird<sup>27</sup>, oder wenn sich die Palliativmedizin selber -wie wir gesehen haben – aktiven Tötungen zuwendet.

In unserer Gesellschaft verdunsten zunehmend grundsätzliche Normen des Zusammenlebens, im Sinne der substanziellen Sittlichkeit. Dazu gehört auch das Tötungsverbot Unschuldiger. Eine konsequente Ablehnung solcher Entwicklungen kommt heute praktisch nur noch vom Lehramt der katholischen Kirche. Dass sich diese Haltung insbesondere bezüglich Suizid und Suizidbeihilfe, geschichtlich sehr weit zurückverfolgen lässt, ist an anderer Stelle ausführlicher behandelt worden<sup>28</sup>. Schon das Vatikanum II bezeichnet unter anderem Euthanasie, die aktive Lebensbeendigung, inklusive Selbstmord als Zersetzung der menschlichen Kultur<sup>29</sup>. Vor allem in seiner Enzyklika Evangelium Vitae hat sich der heilige Johannes Paul II eingehend mit Handlungen am Lebensende wie Suizidbeihilfe, und Tötung auf und ohne Verlangen (Euthanasie) beschäftigt und sie als verwerfliche schwere Vergehen bezeichnet<sup>30</sup>. Zu bemerken ist auch, dass in der Enzyklika Selbstmordbeihilfe nicht grundsätzlich von aktiven Tötungen unterschieden wird.

Die einseitige und zwanghafte Ausrichtung an Idealen der Selbstbestimmung und angeblicher Freiheit muss korrigiert werden. Der Mensch wird gegen Ende seines Lebens oft schicksalhaft abhängig und ist auf echte Fürsorge, mitmenschliche Nähe und Zuwendung angewiesen. Dazu gehört auch die konsequente moralische Unterscheidung zwischen Tötung auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfe und dem Sterbenlassen in medizinisch aussichtsloser Lagen und das gemeinsame Warten auf den Tod.

---

<sup>27</sup> Zeitschrift für Medizinische Ethik 2009, 55, 243

<sup>28</sup> HLI-Report 2011, Nr. 75

<sup>29</sup> Pastoralkonstitution Gaudium et Spes Nr 27

<sup>30</sup> S. auch Vortrag von P.C. Düren in Aigen 2002; Gibt es ein Recht auf selbstbestimmten Tod?