



ARGUMENTE ZUR ABLEHNUNG der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) «Umgang mit Sterben und Tod»

Situation

Die SAMW hat am 6. Juni 2018 die äusserst umstrittenen Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» veröffentlicht. Der Zentralvorstand der FMH und der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) wollten die Veröffentlichung verhindern und wurden von der SAMW übergangen. Da neu Ärzte Beihilfe zum Suizid bei nicht tödlichen Krankheiten leisten können sollen, werden «die Grenzen ärztlichen Handelns überschritten», stellen Präsident und Generalsekretär der AGZ fest.^{1,2}

Am 25. Oktober 2018 wird die Ärztekammer der FMH über die Aufnahme der Richtlinien in die Standesordnung zu befinden haben. Eine Annahme würde bedeuten, dass diese Richtlinien auf die Stufe des Standesrechtes erhoben und damit für alle Mitglieder der FMH verbindlich würde. (In verschiedenen Kantonen werden die SAMW-Richtlinien auch ins Gesundheitsgesetz übernommen, wodurch sie auf Gesetzesstufe gehoben werden.)

Die Hippokratische Gesellschaft Schweiz schliesst sich der Kritik an den Richtlinien aus folgenden Gründen an:

1. Unvereinbar mit der ärztlichen Ethik

Die SAMW will Beihilfe zum Suizid als mögliche ärztliche Tätigkeit standesrechtlich legitimieren. Neu soll ausserdem das Kriterium der Todesnähe wegfallen. Das heisst: Jeder, der als urteilsfähig beurteilt wurde, könnte Suizidbeihilfe verlangen. Eine Beteiligung an (Selbst-)Tötungshandlungen widerspricht aber grundlegend der ärztlichen Ethik und dem ärztlichen Auftrag.

2. Ausweitung des Geltungsbereiches

Neu soll der Geltungsbereich auf Kinder und Jugendliche jeden Alters sowie Patienten mit geistiger, psychischer und Mehrfachbehinderung ausgeweitet werden. In den Niederlanden und in Belgien sehen wir die bereits vollzogenen weiteren Schritte auf der schiefen Ebene: Beihilfe zum Suizid bei Kindern und Jugendlichen, psychisch Kranken, «Lebensmüden», aktive Euthanasie mit oder ohne Verlangen, Organentnahme nach assistiertem Suizid. Die Schweiz würde mit dem Inkrafttreten der Richtlinien einen traurigen Spitzenplatz weltweit in der Negation des Lebenswertes des Menschen mit Krankheit und Behinderung einnehmen – im Gegensatz zur Präambel der Bundesverfassung: «(...) dass die Stärke des Volkes sich misst am Wohl der Schwachen.»

3. «Unerträgliches Leiden» darf kein Kriterium sein

Der neu verwendete, von vielen Fachleuten kritisierte Begriff «unerträgliches Leiden» wurde von den niederländischen Euthanasieprotagonisten eigens zur Begründung der Euthanasie geschaffen. Die Konzeption von «unerträglichem Leiden» negiert die Veränderbarkeit von Leiden, ist nicht objektivierbar und führt zu einem Einstellen menschlicher Bemühungen und therapeutischer Interventionen. Dadurch wird der Leidende in seiner Not im Stich gelassen, und der Druck sich zu suizidieren, wird erhöht.

¹ Medienmitteilung AGZ vom 6. 6. 2018

² Widler Josef, Kohlbacher Michael. Suizid bei Krankheit. Schweizerische Ärztezeitung 2018; 99(30-31): 971-972

4. Suizidwünsche sind fast immer zeitlich begrenzt

Suizidalität ist Ausdruck menschlicher Not und ruft nach menschlichem und fachlichem Beistand. Suizidwünsche sind fast immer zeitlich begrenzt. Menschen, welche einen Suizidversuch überlebt haben, entwickeln in der Regel sofort oder nach einiger Zeit wieder Lebenswillen. Gerade bei lebensbedrohlich Erkrankten folgt auf eine Phase der Suizidalität oft eine vom Erkrankten und den Angehörigen als sehr wertvoll und intensiv erlebte Zeit.

5. Echte Autonomie ist ohne menschliche Verbundenheit nicht möglich

Menschliche Autonomie ist immer eine Autonomie in Beziehung. Da Menschen von Natur aus soziale Wesen und aufeinander angewiesen sind, ergänzen Autonomie und Fürsorge einander. Die Haltung, mit der die Mitmenschen und die Professionellen einem Suizidgefährdeten begegnen, kann so auch immer den Suizidwunsch in die eine oder andere Richtung beeinflussen. Die Anwendung des Autonomiebegriffes als «Selbstbestimmung» ohne Bezug und Verpflichtung füreinander führt dazu, dass der Suizidgefährdete in seiner Not im Stich gelassen wird.

6. Der Schutz des Lebens ist oberstes Ziel des Rechtsstaates

Die Richtlinien verlassen den Boden der unveräußerlichen natürlichen Menschenrechte, die den Schutz eines jeden Lebens als Grundlage und Voraussetzung für Freiheit gewährleisten und widersprechen damit fundamental nationalem und internationalem Recht.

7. Assistierter Suizid als «billige Lösung»?

Es droht die Gefahr, dass der assistierte Suizid als «Alternative» zur menschlichen ärztlichen und pflegerischen Betreuung und Zuwendung benutzt wird, um Kosten zu sparen. Was ärztliche Aufgabe zu sein vorgibt, bekommt früher oder später einen Tarmed-Tarif oder eine DRG – und wird ökonomisch verglichen werden mit teureren echten ärztlichen Leistungen wie der palliativen oder psychiatrischen Behandlung. Bereits jetzt wird die Möglichkeit des ärztlichen Gespräches, das in Krisensituationen am wirksamsten ist, durch Tarmed-Vorgaben eingeschränkt und abgewertet.

8. Ausweitung der Beihilfe zum Suizid erhöht die Opferzahlen

Wer zum Suizidwunsch eines anderen Menschen keine Stellung bezieht, diesen bejaht oder sogar Beihilfe leistet, übernimmt damit die Beurteilung von dessen Leiden als «unerträglich» und seines Lebens als «nicht lebenswert». Damit verstärkt er die Suizidalität des Notleidenden und verweigert ihm wirkliche mitmenschliche Hilfeleistung. Es ist heute erwiesen, dass allein die Diskussion über Suizid zu einem Nachahmereffekt führt (Werther-Effekt). Genauso ist erwiesen, dass die Veröffentlichung und das Gespräch über gelungene Problemlösungen Suizide verhindern (Papageno-Effekt).

Wer übernimmt die Verantwortung für die Menschenleben, die diese «Diskussion» bereits gekostet hat und noch kosten wird?

Wie geht es weiter?

In der Ärztekammer vom 25. Oktober 2018 wird entschieden, ob diese Richtlinien angenommen werden und nachher für die Ärzteschaft Standesrecht sind! Dies gilt es in einem ersten Schritt zu verhindern. Im übrigen steht dringend eine öffentliche Diskussion darüber an, wie wir eigentlich unser Zusammenleben gestalten und einander auch in schwierigen Lebenssituationen ermutigen und beistehen wollen.

ARGUMENTE AUSFÜHRLICH UND MIT LITERATURHINWEISEN

Ad 1. Unvereinbar mit der ärztlichen Ethik

Literatur

- Vernehmlassungsantwort Hippokratische Gesellschaft Schweiz zum Richtlinienentwurf der SAMW «Umgang mit Sterben und Tod» <https://hippokrates.ch/aktuell/>

Ad 2. Ausweitung des Geltungsbereiches

Auch bei uns wird bereits die Organentnahme nach assistiertem Suizid in Betracht gezogen.

Literatur

- F. Straumann. Spende nach Freitodbegleitung. Tages Anzeiger 26. 4. 2017

Ad 3. und 4. «Unerträgliches Leiden» darf kein Kriterium sein Suizidwünsche sind in aller Regel zeitlich begrenzt

Der Begriff «**unerträgliches Leiden**» ist Bestandteil des niederländischen Euthanasie-Gesetzes, das die Tötung auf Verlangen (aktive Euthanasie) und die Beihilfe zum Suizid ermöglicht. Die Richtlinien öffnen die Barriere, die bisher Entwicklungen in dieser Richtung in der Schweiz aufgehalten hat.

- Bozarro Claudia. Ärztlich assistierter Suizid: Kann «unerträgliches Leiden» ein Kriterium sein? Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 131-134

Diesen Begriff kritisiert u.a. auch die **FMH** in ihrer **Vernehmlassungsantwort**:

«Der Begriff „unerträgliches Leiden“ ist unbestimmt und hängt zudem von der Einschätzung des Patienten und dessen Wertvorstellungen ab, was es für den Arzt sehr schwer machen dürfte, hier eine klare Grenze zu ziehen. Die Änderung ist zudem unter dem Gesichtspunkt der Suizidprävention problematisch, was in besonderem Masse für psychisch erkrankte Patienten gilt, die zwar urteilsfähig sind aber aufgrund ihrer Erkrankung zu Suizidgedanken neigen. Zu denken wäre beispielsweise an Patienten, die unter einer schweren Depression leiden, ihren Zustand als unerträglich empfinden und Hilfe ablehnen. Hier wäre es ethisch bedenklich, Suizidbeihilfe zuzulassen. Suizidwünsche sind meist zeitlich begrenzt, und sogar chronische Suizidalität ist bei genauer Analyse häufig vorübergehend oder wechselnd ausgeprägt. Menschen, welche einen Suizidversuch überlebt haben, entwickeln häufig sofort oder nach einiger Zeit wieder ein hinreichendes Mass an Lebenswillen.»

Das **Bundesgericht** führt in seinem Entscheid BGE 136 II 415 vom **16. Juni 2010** zur Suizidforschung Folgendes aus:

«Erkenntnisse der Suizidforschung und die Erfahrungen von Fachpersonen zeigen, dass der Suizidwunsch regelmässig Ausdruck einer existentiellen Krisensituation ist und kaum Zeugnis eines in sich abgeklärten und gefestigten Willens. Bekannt ist zudem die Labilität des Todeswunsches, gerade auch bei Schwerkranken. Zudem scheint das Sterben-Wollen wesentlich von Schmerzen, von depressiven Symptomen und der erlebten Qualität der Pflege abhängig zu sein, aber auch von der Furcht, im Stich gelassen zu werden und andern zur Last zu fallen, schliesslich von der Sorge um die finanziellen Folgen der Pflege (...). Damit erscheint fraglich, ob die Urteilsfähigkeit bezüglich des Sterben-Wollens das ausschlaggebende Kriterium für die Bejahung eines autonomen Sterbewunsches sein kann.»

Wir als Ärzte und Bürger haben eine mitmenschliche Aufgabe zur Gestaltung unseres Zusammenlebens! **Erwin Ringel, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Individualpsychologe und einer der bedeutendsten Suizidforscher** formulierte treffend: *«Wenn für den Selbstmörder alle anderen nur Abwesenheit bedeuten, ergibt sich daraus unsere wichtigste Verpflichtung von selbst: mit allen unseren Kräften anwesend zu sein.»*

Werther-Effekt: Unter dem Werther-Effekt (nach Goethes Roman «Die Leiden des jungen Werthers») versteht man Nachahmungssuizide anschliessend an in den Medien veröffentlichten Suiziden (z.B. von Prominenten, aber auch nach filmischen Darstellungen, z.B. der Serie «Tod eines Schülers»).

Papageno-Effekt: Er ist nach dem Helden „Papageno“ in Mozarts Oper „Die Zauberflöte“ benannt, der eine suizidale Krise mithilfe von drei Knaben positiv bewältigt, und bezieht sich auf eine bestimmte Form der Berichterstattung in den Medien, die Nachahmungstaten verhindert. Beispielsweise haben Berichte darüber, wie Menschen eine Krisensituation konstruktiv und ohne suizidales Verhalten bewältigen, zur Senkung der Suizidraten in der Zeit danach gesorgt.

Bei Angehörigen, die einem assistierten Suizid beiwohnten, treten gehäuft Posttraumatische Belastungsstörungen auf.

Literatur

- Bozarro Claudia. Ärztlich assistierter Suizid: Kann «unerträgliches Leiden» ein Kriterium sein? Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 131-134
- Vernehmlassungsantwort der FMH:
https://www.fmh.ch/files/pdf20/Stellungnahme_der_FMH_Richtlinien_Umgang_mit_Sterben_und_Tod.pdf
- Bundesgerichtsurteil BGE 136 II 415 vom 16. Juni 2010, E.2.3.4
http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F136-II-415%3Ade&lang=de&type=show_document
- Ringel E. Das präsuizidale Syndrom – medizinische, soziale und psychohygienische Konsequenzen. Hexagon ‚Roche‘ 13, Nr. 1, 1-7 (1985)
- https://de.wikipedia.org/wiki/Erwin_Ringel
- Niederkrotenthaler T., Voracek M., Herbert A., Till B, Strauss M., Etzensdorfer E., et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. BJ Psych. 2010; 197, 234-43
- Niederkrotenthaler T., Voracek M., Herberth A., Till B., Strauss M., Ethersdorfer E., et al. Papageno v. Werther effect. BMJ. 2010; 341
- Scherr S., Steinleitner A.: Zwischen dem Werther- und Papageno-Effekt. Nervenarzt 2015; 86: 557–65.
- Eur Psychiatry. 2012 Oct;27(7): 542-6. Death by request in Switzerland: posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. Wagner B., Müller J., Maercker A.

Ad 5. Echte Autonomie ist ohne menschliche Verbundenheit nicht möglich

Gewichtige Gesichtspunkte bringen die Autoren **Philippe Ducor und Bertrand Kiefer** in der Schweizerischen Ärztezeitung auf. Die dogmatische Anwendung des Grundsatzes der Autonomie, wie sie aus den überarbeiteten Richtlinien hervorgehe, könne einem Aufgeben der Brüderlichkeit gleichkommen. Wir dürften nicht ignorieren, dass ein grosser Teil der Menschen, die sich zum Suizid entscheiden, zum Zeitpunkt ihres Todes an einer psychischen Erkrankung leiden. Bis zum letzten Moment könne die Ambivalenz von sterbewilligen Personen vor dem tödlichen Schritt andauern und da sei ein Umfeld von eifrigen Sterbebegleitern und von ihrer Mission überzeugten Ärzten schwer zu ignorieren.

Auch **Axel Bauer**, Professor der Medizinethik, beschreibt, wie der Begriff der «Selbstbestimmung» in den letzten Jahrzehnten semantisch verändert und als moralischer Wert verabsolutiert wurde. Im Zustand der Gesundheit würden wir glauben, unsere Entscheidungen frei und autonom treffen zu können – was aber passiert, wenn diese hypothetische Selbstständigkeit durch eine schwere Krankheit eingeschränkt ist? Bauer weist auf die Gefahr hin, dass aus sogenannter Selbstbestimmung gerade in Zeiten des demographischen Wandels schnell Unfreiwilligkeit werden kann: «Gesellschaftlich

„optimiert“ werden könnte der Prozess der kostengünstigen „Entsorgung“ alter und kranker Menschen aber erst dann, wenn es gelänge, sie schon weit im Vorfeld des Todes davon zu überzeugen, dass ein freiwilliger Abgang nach einem erfüllten Leben eine Tugend, ja eine soziale Verpflichtung sei. Hierbei helfen oftmals die euphemistischen Begriffe, mit denen in der modernen Medizinethik gerne gearbeitet wird, um das Grauen zu bannen und die Tatsachen schönzufärben.» (S. 101)

Karen Nestor, Palliativmedizinerin und Mitglied der nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, stellt in ihrem Grundsatzartikel «Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben oder Hilfe zum Leben» dar, dass menschliche Autonomie immer eine Autonomie in Beziehung sei und dass die Haltung der Menschen, die Suizidwilligen begegnen, immer auch den Suizidwunsch in die eine oder andere Richtung beeinflussen würden – die Selbstbestimmung entlasse keinen Mitmenschen und erst recht keinen Arzt aus der Verantwortung. Die Gefahr, dass Sterbehilfe zu einem Instrument der Thanatopolitik in einer demographisch alternden Gesellschaft werde, sei nicht von der Hand zu weisen.

Literatur

- Ducor Philippe, Kiefer Bertrand. Grundsatz der Autonomie: ein letztes Sakrament? SAEZ 2018; 99 (28-29): 910 – 912
- Axel W. Bauer. Todes Helfer. Warum der Staat mit dem neuen Paragraphen 217 StGB die Mitwirkung am Suizid fördern will. Edition Sonderwege bei Manuscriptum, Thomas Hoof KG, Waltrop und Leipzig, 2013
- Nestor Karen et.al.. Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben oder Hilfe zum Leben? Schweizerisches Medizin-Forum 2017; 17(35):738-743
- [Sgg-sgg.ch](http://www.sgg-sgg.ch) (homepage of the Internet). Suizidbeihilfe für alte Menschen. Positionspapier der SGG SFGG SGAP. Bern 2014. Available from: http://www.sgg-sgg.ch/cms/media/Positionspapiere/Suizidbeihilfe_Positionspapier_SSGG_SFGG_SGAP_Stand_24-11-2014_def.pdf (cited 2016 December 3).
- Stoppe G, Kohn J, Schmutz B, Suter E, Wiesli U. Positionspapier «Suizidprävention am Alter». Available from: www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier_Suizidpraevention_im_Alter_D_def.pdf (cited 2016 December 3).
- Ruckebauer G, Yazdani F, Ravaglia G. Suicide in old age: illness or autonomous decision of the will. Arch Geront Geriatr Suppl. 2007;1:355–8.

Ad 6. Der Schutz des Lebens ist oberstes Ziel des Rechtsstaates

Die Aufgabe des Staates sei in erster Linie der Schutz des Lebens vor Angriffen Dritter, hielt der **Bundesrat 2011** fest.

Das Recht auf Leben beinhalte auch die positive Verpflichtung des Staates, rechtliche und administrative Massnahmen zu treffen, um Eingriffe in das Recht auf Leben zu verhindern, abzuwenden und zu bestrafen. Für die Suizidbeihilfe sei nicht ausschliesslich das in Art. 8 EMRK garantierte Selbstbestimmungsrecht massgebend, es müsse auch die in Art. 2 EMRK festgeschriebene objektive Garantie des Rechtes auf Leben mit berücksichtigt werden.

Und das **Bundesgericht** hält am **16. Juni 2010** fest:

«Das Recht auf Leben bildet als fundamentales Grundrecht Ausgangspunkt und Voraussetzung für alle anderen Grundrechte. Es gehört unbestritten zu den zwingenden Normen des Völkerrechtes und den notstandsfesten Garantien der EMRK (Art. 139 Abs. 2 und Art. 194 Abs. 2 BV, Art. 53 und 64, (...), Art. 15 EMRK).»

Literatur

- Bericht des Bundesrates. Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe. Bern, Juni 2011
- Art. 2 EMRK «Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden, [...]»
- Art. 6 des UNO-Pakts II «Jeder Mensch hat ein angeborenes Recht auf Leben. Dieses Recht ist gesetzlich zu schützen. [...]»
- Art. 10 der Bundesverfassung «Jeder Mensch hat das Recht auf Leben. [...] Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit. [...]».
Das Recht auf Leben beinhaltet auch die positive Verpflichtung des Staates, rechtliche und administrative Massnahmen zu treffen, um Eingriffe in das Recht auf Leben zu verhindern, abzuwenden und zu bestrafen.
- Bundesgerichtsurteil BGE 136 II 415 vom 16. Juni 2010, E.2.3.4
http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F136-II-415%3Ade&lang=de&type=show_document