



HIPPOKRATISCHE GESELLSCHAFT SCHWEIZ

Wingertweg 3, 7215 Fanas
Tel. 055 280 59 11, Fax 055 280 59 67
www.hippocrates.ch, hgs.ch@gmx.ch

Beilage 2

Zu Vernehmlassungsantwort

Richtlinienentwurf der SAMW «Umgang mit Sterben und Tod»

«Selbstbestimmung im Kontext von Beihilfe zum Suizid»

Im Richtlinienentwurf der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) «Umgang mit Sterben und Tod» soll die Beihilfe zum Suizid, unabhängig von Krankheit oder nahe bevorstehendem Lebensende als mögliche ärztliche Tätigkeit ins Ständesrecht aufgenommen werden. Dabei wird zu Beginn festgehalten, dass sich der Arzt, «bevor er sich im Einzelfall zur Unterstützung des Patientenwunsches entschliesst», davon überzeugen müsse, «dass er damit zum Wohl der Patientin handelt». Es wird damit explizit als gegeben vorausgesetzt, dass der Akt der Selbsttötung dem Ausdruck eines autonomen, dauerhaften und nicht durch äusseren Druck entstandenen Wunsches entsprechen könnte. Schliesslich wird aus dieser Annahme der Schluss gezogen, dass der Entscheid eines Menschen, sein Leben zu beenden, dem Wohle dieses Menschen dienen könnte.

Aber diese Grundannahmen sind falsch. Schon die Verwendung des Autonomiebegriffs in einer solchen Situation ist einseitig. Den Suizid als Ausdruck einer autonomen Entscheidung eines mündigen Patienten in einer konkreten Situation zu betrachten – man spricht in diesem Sinne von einem Bilanzsuizid – greift zu kurz. Das Menschenbild dahinter ist dasjenige des vereinzelt Menschen, der nicht in ein Netz von Beziehungen integriert ist und ohne emotionale Einflüsse von aussen seine Wünsche rational entwickelt. Grundlegend ist aber der Mensch immer Teil eines Netzes von Beziehungen, auch wenn diese mehr oder weniger stark entwickelt sein mögen und seine Entscheidungen werden mehr oder weniger stark von seinem Umfeld mit beeinflusst. Dies ist Teil des Menschseins. Menschliche Autonomie ist immer auch Autonomie in Beziehung. Das bedeutet konkret auf einen Suizidwunsch bezogen, dass die Haltung der Menschen, die dem Suizidwilligen begegnen – und der Mensch hat in jeder Lebenslage Menschen um sich herum – immer auch den Suizidwunsch in die eine oder andere Richtung lenken. Das spielt sich oft auch subtil auf einer emotionalen Ebene ab. Es ist unter Psychiatern deshalb sehr umstritten, ob es den sogenannten Bilanzsuizid als Ausdruck einer autonomen Entscheidung überhaupt gibt.

Es ist auch Ausdruck dieser Autonomie in Beziehung, dass der Suizidwunsch meist einen zwischenmenschlichen Bezug erkennen lässt. So entsteht der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid meist aus der Sorge, anderen zur Last zu fallen, ausgeliefert zu sein, die Kontrolle zu verlieren oder alleine zu sein, was in unseren durchökonomisierten Gesellschaften leider für viele Mitmenschen im Alter auch Lebensrealität sein kann. Menschen, die einen Wunsch nach

assistiertem Suizid äussern, wollen denn menschlich entgegengenommen werden und menschliche Zuwendung erfahren. Sie erwarten in aller Regel nicht, dass ihr Tod herbeigeführt wird. Sie fühlen sich oft als Belastung für die anderen, und bringen durch die Entscheidung für den Tod zum Ausdruck: Ich habe keinen Wert mehr für die anderen Menschen und somit ist mein Leben auch nicht mehr wert, weiter gelebt zu werden. Der Wunsch nach assistiertem Suizid ist ein Hilferuf. Es ist zudem allgemein bekannt, dass ein solcher Wunsch meistens vorübergehender Natur ist und diejenigen Menschen, die von einem Suizidversuch abgehalten wurden, nach adäquater Hilfe meist froh sind, dass man ihrem Wunsch nicht stattgegeben hat.

Der Arzt, der auf die Bitte des Sterbewilligen hin die Selbsttötung ermöglicht und damit die Letztverantwortung für das Geschehen übernimmt, übernimmt die subjektive Einschätzung des Suizidalen, dass er selber unwert sei, und gibt ihr noch einen objektiven Anstrich: Für diesen Menschen sei es besser zu sterben, als weiter zu leben. Sein Leben sei nicht mehr lebenswert. Wenn ein so geäussertes Wunsch des Patienten als Ausdruck einer autonomen Entscheidung verstanden und zum alleinigen Massstab ärztlichen Handelns wird, wird durch die diesem Vorgang innewohnende Wertigkeits- bzw. Unwertigkeitsaussage die Würde des Einzelnen verletzt. Diese handlungsleitende externe Bewertung eines menschlichen Lebens als „nicht mehr lebenswert“ kann von einer Rechtsordnung, die auf der unantastbaren Würde des Menschen, jedes Menschen gründet, die jedem Menschen Wert und Würde zuschreibt, unter keinen Umständen akzeptiert werden.¹ Diese Begründung gilt gleichermassen für die Tötung auf Verlangen wie für den assistierten Suizid, denn auch dem assistierten Suizid geht immer voraus, dass ein Menschenleben von Dritten als lebensunwert beurteilt wird.

Dies hat denn auch nichts mehr mit einem partnerschaftlich verstandenen Auftrag des Arztes zu tun, sondern vielmehr mit der Preisgabe der ärztlichen Fürsorgepflicht für das Leben kranker Menschen. Oberstes Gebot ärztlichen Handelns ist das Prinzip des nihil nocere, dem Patienten nicht zu schaden. Der Arzt als Beschützer des Lebens darf nicht zur Gefahr für das Leben seiner Patienten werden.

Es gibt keine Rechtfertigung für die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung eines Patienten, und es ist richtig, dass die früheren Richtlinien diesen Vorgang auch **nicht** als Teil ärztlicher Tätigkeit bewertet haben. Ebenso wenig wie rechtspositivistische Positionen Grundrechte des Menschen antasten dürfen, darf eine kontroverse gesellschaftliche Diskussion über das Thema der Sterbehilfe den grundlegenden Schutz des Lebens und die Würde eines jeden Bürgers, die sich eben in einem Wert unabhängig von gesundheitlichen oder sozialen oder sonstigen Zuständen äussert, zur Diskussion stellen. **Das muss in den zu vernehmenden Richtlinien weiterhin zum Ausdruck kommen.**

Der Richtlinienentwurf nennt als eine weitere Bedingung für eine mögliche Beihilfe zum Suizid, dass sich der Suizidwunsch ohne äusseren Druck entwickle. Ab wann sollen wir von äusserem Druck sprechen? Hier kommen wir nicht umhin, das Problem auch unter dem Aspekt des demografischen Wandels, d.h. einer immer älter werdenden Gesellschaft und eines ökonomistischen Zeitgeistes zu betrachten. Zu Recht wird in der oben erwähnten

¹ siehe auch: *Arbeitsbündnis - Kein assistierter Suizid in Deutschland!* (www.aerzte-in-ehrfurcht-vor-dem-leben.de)

Broschüre auf die ganz konkrete Gefahr hingewiesen, dass die Menschen in unserer Gesellschaft immer stärker nach ihrem Nutzen bewertet werden könnten. So könne es sein, dass sich ein kranker, alter oder behinderter Mensch „im entsprechenden gesellschaftlichen Diskurs als *Ballastexistenz* empfindet oder auch staatlich so gesehen wird (...)“, um mit den Worten des renommierten Psychiaters Klaus Dörner zu sprechen. Er könnte sich so gedrängt fühlen, seinen Angehörigen und der Allgemeinheit nicht weiter zur Last zu fallen.

Angehörige, die sich überfordert fühlen, könnten den Pflegebedürftigen bewusst oder unbewusst subtil zu dieser „Lösung“ drängen. Solche Fälle gibt es bereits! Kann hier noch von einem Entscheid ohne äusseren Druck gesprochen werden? Wohl kaum. Wo fängt der Druck an? Ist ein gesellschaftliches Klima, dass nur noch die Kosten sieht, die ein kranker Mensch verursacht, nicht schon Druck genug?

Noch ein letzter Punkt: Es wird zur Rechtfertigung der Beihilfe zum Suizid immer wieder angeführt, dass die Möglichkeit zum assistierten Suizid suizidpräventiv bezüglich nicht assistierter Suizide mit zum Teil grausamen Methoden wirke und die Anzahl der Suizide dadurch abnehme. Neue Daten aus Oregon, die nach der Legalisierung des assistierten Suizids erhoben wurden, zeigen ein anderes Bild: Die Gesamtzahl der Suizide zwischen 1990 und 2013 nahm zu, die Zahl der nichtassistierten Suizide nahm nicht ab. Die Statistik der Schweiz zeigt in den letzten Jahren eine ähnliche Tendenz: Während die Zahl nicht assistierter Suizide seit Jahren stabil bleibt, hat die Zahl der assistierten Suizide 2014 gegenüber 2009 um das Zweieinhalbfache zugenommen.² Studienergebnisse in den USA aus dem Jahre 2015 zeigen, dass die Einführung des assistierten Suizids in mehreren US-Bundesstaaten mit einem Anstieg der Gesamt- Suizidrate um 6,3% einherging. Anders, als die Befürworter behaupten, führt die Möglichkeit des assistierten Suizids nicht zu einer Abnahme der nicht-assistierten Suizide, sondern sogar zu einem Anstieg.³

Wir halten zum Schluss fest: Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der sozialen Verbundenheit sind wir heute in der Lage, schwer kranke und sterbende Menschen so zu versorgen, dass Symptome wie Angst, Schmerzen oder Atemnot gelindert oder behoben werden und die Menschen sich aufgehoben fühlen können. Ökonomistische und utilitaristische Überlegungen dürfen bei der Behandlung eines Menschen keine Rolle spielen. Wenn sie einfließen, was leider zunehmend offen oder verdeckt geschieht, dann entsteht bereits dadurch ein gesellschaftlicher Druck auf den kranken oder alten Menschen, dass er eine Last für die Allgemeinheit ist, was dann die Grundlage für einen Suizidwunsch bilden kann.

Wie einem suizidalen Menschen konkret begegnet werden soll und kann, ist durch viele Forschungsergebnisse bestens bekannt. Der österreichische Psychiater Erwin Ringel (1921-1994) hält zum Beispiel klar fest, dass der suizidale Patient zunächst einer adäquaten Behandlung bedarf, in der es vor allem darum geht, durch ein gutes, tragfähiges,

² Nestor Karen et.al.. Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben oder Hilfe zum Leben? Schweizerisches Medizinisches Forum 2017; 17 (35): 738-743

³ Jones DA, Paton D., How does legalization of physician-assisted-suicide affect rates of suicide? Southern Medical Journal, October 10th 2015

verbindliches Arzt-Patient-Verhältnis die Einengung der zwischenmenschlichen Beziehung, die ein ja spezifisches Merkmal der Suizidalität ist, zu durchbrechen. Die entscheidende Wirkung erfolgt unabhängig von den eingesetzten Techniken immer über diese Beziehung. „Wenn für den Selbstmörder alle anderen nur Abwesenheit bedeuten, ergibt sich daraus unsere wichtigste Verpflichtung von selbst: mit allen unseren Kräften anwesend zu sein.“ Der Aufbau einer solchen Vertrauensbeziehung im therapeutischen Gespräch in Ruhe und unter Einbezug aller stärkenden sonstigen Beziehungen und wenn nötig palliativer Massnahmen, ist grundlegende ärztliche Tätigkeit und bedeutet keinerlei Einschränkung von Selbstbestimmung.

Die Garantie der Menschenwürde und das Recht auf Leben sind universell gültig und können nicht durch Menschenhand abgeschafft werden. Die Würde des Menschen und das Recht auf Leben überall in der Welt zu sichern, ist die Aufgabe aller. Gesitteten Kulturnationen ist die Bindung an diese Grundsätze selbstverständlich. Dahinter dürfen wir nicht zurückgehen.

Hippokratische Gesellschaft Schweiz, 22. Februar 2018