



HIPPOKRATISCHE GESELLSCHAFT SCHWEIZ

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

Vernehmlassungsantwort zum Richtlinienentwurf der SAMW «Umgang mit Sterben und Tod»

Kommentar

Zu Allgemeine Bemerkungen

MEDIZIN AUF ABWEGEN

Der Richtlinienentwurf «Umgang mit Sterben und Tod» will die Beihilfe zum Suizid als mögliche ärztliche Tätigkeit standesrechtlich legitimieren. Neu soll ausserdem das Kriterium der Todesnähe wegfallen. Konkret hiesse dies, dass bei vorhandener Urteilsfähigkeit Beihilfe zum Suizid geleistet werden «dürfte». Diese **grundlegende Änderung widerspricht der ärztlichen Ethik**.¹ Ein suizidaler Mensch befindet sich in einer Notsituation. Die Gründe für Suizidalität sind vielfältig: es kann die Sorge sein, wegen eigener Behinderungen anderen Menschen ausgeliefert zu sein und zur Last zu fallen, Angst, die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren oder das Leiden an Schmerzen und Einsamkeit. Viele Menschen können sich heute nicht mehr vorstellen, auf andere Menschen angewiesen zu sein, oder sind unsicher, ob andere ihnen in einer schwierigen Lebenslage helfen und für sie sorgen würden. Hier braucht es menschlichen und fachlichen Beistand, der den Lebensmut wieder stärkt, und keine Beihilfe zum Suizid. **Beihilfe zum Suizid ist keine ärztliche Tätigkeit.** Der Arzt, der die Selbsttötung eines Patienten ermöglicht, hat für sich entschieden, dass das Leben, das er vor sich hat, nicht mehr lebenswert ist. In diesem Sinne ist er aktiv am Geschehen beteiligt und übernimmt damit die Letztverantwortung für den Tod des Patienten.

Der Richtlinienentwurf verlässt den Boden der unveräusserlichen natürlichen Menschenrechte, die den Schutz eines jeden Lebens gewährleisten und widerspricht damit fundamental nationalem und internationalem Recht. **Der Schutz des Lebens ist oberstes Ziel jedes Rechtsstaates.**

«Auch der Bundesrat hielt 2011 fest², dass die Aufgabe des Staates in erster Linie der Schutz des Lebens vor Angriffen Dritter sei. Dies ergebe sich aus Art. 2 EMRK («Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden, [...]»), aus Art. 6 des UNO-Pakts II («Jeder Mensch hat

¹ «Zu den Pflichten des Arztes, welche Heilen, Helfen und Lindern von Leiden als hohes Ziel umfassen, gehört auch, dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen. Diese Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege.», Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, «Richtlinien für die Sterbehilfe» (1976), S.1

² Bericht des Bundesrates. Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe. Bern, Juni 2011

ein angeborenes Recht auf Leben. Dieses Recht ist gesetzlich zu schützen. [...]».) und aus 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.»³

Auch mit der Verwendung des Begriffs des «unerträglichen Leidens» geht die SAMW einen Schritt weiter auf der schiefen Ebene und folgt einer internationalen Agenda. Der neu aufgenommene Begriff «unerträgliches Leiden» ist unscharf und umstritten und wurde eigens zur Begründung der Euthanasie geschaffen.⁴ Die Konzeption von «unerträglichem Leiden» negiert die Veränderbarkeit von Leiden, ist nicht objektivierbar und führt zu einem Einstellen aller menschlichen Bemühungen und therapeutischen Intervention. Dadurch wird der Leidende in seiner Not im Stich gelassen und der Druck sich zu suizidieren erhöht sich. Die Konzeption des «unerträglichen Leidens» kann auch dazu führen, dass sich ein Patient gar nicht in die Beziehung einlässt und Druck auf die Behandler ausübt. Die "Einengung" des Denkens ist ja gerade ein Merkmal der Suizidalität, das mit dem Konzept des unerträglichen Leidens noch zementiert wird. Der Begriff ist Bestandteil des niederländischen Euthanasie-Gesetzes, das die Tötung auf Verlangen (aktive Euthanasie) und die Beihilfe zum Suizid ermöglicht.⁵ In den Niederlanden und in Belgien sehen wir die bereits vollzogenen weiteren Schritte auf der schiefen Ebene: Euthanasie bei Kindern und Jugendlichen, psychisch Kranken, «Lebensmüden», aktive Euthanasie mit oder ohne Verlangen, Organentnahme nach assistiertem Suizid. Der vorliegende Richtlinienentwurf öffnet die Barriere, die bisher Entwicklungen in dieser Richtung in der Schweiz aufgehalten hat. – Dies gibt besonders zu denken in einer Zeit, in der verdeckt und offen rationiert wird und das Gespräch mit dem Patienten per Tarmed abgewertet wird. Es darf nicht soweit kommen, dass die ökonomisch "lukrativere" Lösung «assistierter Suizid» eine Alternative zur menschlich und ökonomisch aufwendigeren Lösung der Hilfeleistung wird. 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. Die SAMW dient mit dem vorliegenden Entwurf – eventuell ohne dies zu wollen – den Sterbehilfeorganisationen zu, wie auch die Stellungnahme von Exit zum aktuellen Entwurf zeigt.⁶ Die SAMW-Studie «Haltung der Ärzteschaft zur

³ Nestor Karen et.al.. Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben oder Hilfe zum Leben? Schweizerisches Medizin-Forum 2017; 17(35):738-743

⁴ Bozarro Claudia. Ärztlich assistierter Suizid: Kann «unerträgliches Leiden» ein Kriterium sein? Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 131-134

⁵ Ebenda

⁶ https://www.exit.ch/news/news/details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=217&cHash=e45c229fc7d6e9e9f82dfb9eb984f4f6

Suizidhilfe», 2014^{7,8}, die der richtlinienausarbeitenden Kommission der SAMW als Grundlagenstudie diente, ist, wie die SAMW und die Studienleiter selber betonen, nicht repräsentativ⁹. Auch sind die mit der Studie beauftragten Firmen «Brauer & Strub» und «Büro Vatter AG» nicht unabhängig: Der Gründer von Brauer & Strub, Jean-Daniel Strub, ist Mitglied der Ethikkommission von Exit, und seine Geschäftspartnerin und Mitbegründerin der Firma, Susanne Brauer, ist Mitglied der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW. Auch die Mitglieder der die bestehenden Richtlinien überarbeitenden Subkommission sind nicht unabhängig: Zwei der Experten gehören der Ethikkommission von Exit an.¹⁰ Der holländische Experte vertrat mit hoher Wahrscheinlichkeit die holländische Gesetzgebung, die bei «unbearable suffering» («unerträgliches Leiden») aktive Tötung und den assistierten Suizid straflos zulässt.¹¹ Es kann vermutet werden, dass die für den Richtlinienentwurf verwendete SAMW-Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe» wegbereitend ist, um mittels Opportunitätsprinzip Standesrecht und ev. auch Recht zu schaffen, um vom Grundrecht auf Leben abzuweichen. Wohin der Weg führt, zeigt die kürzliche Entscheidung des obersten Gerichtshofs von Ontario, dass Ärzte nicht mehr aus Gewissensgründen die Zuweisung zu assistiertem Suizid verweigern dürften.¹² Dass der Richtlinienentwurf Wegbereiter für eine weitere Lockerung des Tötungsverbotes ist, zeigt auch eine kürzlich in der SAEZ publizierte Stellungnahme mit implizitem Ruf nach aktiver Euthanasie.¹³

Im Richtlinienentwurf werden Formulierungen wie «raschere Herbeiführung des Todes beabsichtigt» (Präambel, Abs. 7), «möglichst rasches Eintreten des Todes beabsichtigt» (2.5, Abs. 1), «beabsichtigte Herbeiführung des Todes » (2.1.4.) im Kontext von «Behandlungsziel» oder «medizinischer Handlung» verwendet. Diese Formulierungen können wegbereitend oder bejahend im Zusammenhang mit der auch in der Schweiz vorhandenen Forderung nach Legitimierung von aktiver Euthanasie gelesen werden (s. auch Kommentar zu Präambel, Abs. 7 und zu 2.5., Abs. 1).

Die Hippokratische Gesellschaft Schweiz stellt darum den Richtlinienentwurf als Ganzes grundsätzlich in Frage. Einzelne gut ausgearbeitete, sorgfältig formulierte Teile können wir unterstützen. Sie werden jedoch durch den oben erläuterten Kontext entwertet. **Die detaillierte Kritik legen wir im Anschluss dar.** Wir empfehlen, sich auf den Geist der Richtlinien zur Sterbehilfe von 1976

⁷ SAMW-Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe», Zusammenfassung der Ergebnisse und Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission. SAMW.

⁸ Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe. Brauer & Strub, Büro Vatter AG. Im Auftrag der SAMW. 30. September 2014

⁹ Sowohl in der Studienauswertung als auch von der Subkommission der ZEK selbst wird betont, dass «die Resultate nicht auf die gesamte Schweizerische Ärzteschaft übertragbar sind, sondern die Haltung von 1318 – vermutlich an der Thematik besonders interessierten und von ihr betroffenen – Ärztinnen und Ärzten wiedergeben». Die Rücklaufquote der Fragebogen betrug 27%, und variierte stark nach Fachdisziplin.

¹⁰ <https://www.exit.ch/wer-ist-exit/ethikkommission/>

¹¹ Bozarro Claudia. Ärztlich assistierter Suizid: Kann «unerträgliches Leiden» ein Kriterium sein? Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 131-134

¹² Symons, Xavier, Canadian court tells doctors they must refer for euthanasia, BioEdge, bioethic news from around the world, 3 Feb 2018, <https://www.bioedge.org/bioethics/canadian-court-tells-doctors-they-must-refer-for-euthanasia/12585>

¹³ Stalder Hans. Sterbehilfe – welche Rolle übernimmt der Arzt? Schweizerische Ärztezeitung 2018; 99(6):194

zurückzubedenken: *«Zu den Pflichten des Arztes, welche Heilen, Helfen und Lindern von Leiden als hohes Ziel umfassen, gehört auch, dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen. Diese Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege.»*¹⁴ Auf dieser Grundlage könnten neu aufgetretene ethische Fragestellungen kurz und verständlich erörtert werden. Der Geltungsbereich sollte wieder enger gefasst werden. Die Behandlung chronischer Krankheiten und die ärztliche Gesprächsführung sind wichtige Aufgaben des Arztes, gehören aber in die medizinische Lehre und nicht in die SAMW-Richtlinien.

Zur genaueren Darstellung unseres Standpunktes nehmen wir zu einigen uns wichtigen Punkten Stellung:

I Präambel

Kommentar

Zu Abs. 1 – 5 (und Kapitel 6)

Der Richtlinienentwurf enthält eine Erweiterung des Geltungsbereichs, indem die Suizidbeihilfe als mögliche ärztliche Tätigkeit aufgenommen werden soll. Zudem wird der Geltungsbereich von der Sterbephase auf die gesamte Lebensspanne ausgedehnt. Mit dieser Ausweitung sind wir nicht einverstanden!

Suizidalität, im Entwurf benannt als «Sterbewunsch», gehört in den psychiatrischen Fachbereich.

Chronische Erkrankungen haben nicht notwendigerweise mit Sterben und Tod zu tun.

Den weiteren Ausbau der Palliative Care in der Schweiz unter der Grundidee «In Würde leben bis zuletzt» unterstützen wir. Wir halten fest, dass Suizidbeihilfe kein Teil der Palliative Care sein kann.

Allen Menschen in Not soll in jedem Fall die umfassende Hilfe durch den geschulten Arzt zukommen, um sein Leiden – sei es somatischer, psychischer, psychosozialer oder spiritueller Natur – zu lindern. Würden Grenzen vom Arzt im «Einzelfall» aus «persönlicher Überzeugung» in «Eigenverantwortung» überschritten werden dürfen, wird der Arzt zum «gefährlichsten Mann im Staate»:

...«denn ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwerth, und folglich die Unnöthigkeit, eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.» (Christoph Wilhelm Hufeland, 1762-1836, Leibarzt von Goethe, erster Arzt an der Berliner Charité).

¹⁴ Siehe Fussnote 1 und Beilage 1 «Überlegungen zur Entwicklung der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur «Sterbehilfe» seit 1976»

Auch die werterelativierende Einteilung in drei mögliche Handlungsgruppen im Umgang mit Sterben und Tod können wir nicht akzeptieren. Medizinisch-ethische Richtlinien sollen den medizinischen Fachpersonen Stütze sein, das Recht auf Leben und die Garantenpflicht des Arztes für das Leben des Patienten als zentrales Element beinhalten und so dessen Schutz dienen. Durch die neu vorgenommene Einteilung wird auch suggeriert, dass Sterben durch Suizidbeihilfe oder durch Hilfe beim «Sterbefasten» ein natürlicher Sterbevorgang sei. Da u.a. Sterbehilfeorganisationen die gesetzliche Legitimation von Suizidbeihilfe für jeden Urteilsfähigen mittels Opportunitätsprinzip herbeiführen wollen, und auch wieder Stimmen zu hören sind, die die aktive Euthanasie legitimieren wollen, braucht es Standesrichtlinien, die klarstellen, dass Suizidbeihilfe keine ärztliche Tätigkeit ist.

Kommentar

Zu Abs. 7, Spiegelstrich 1

Eine beabsichtigte raschere Herbeiführung des Todes als Behandlungsziel wäre aktive Euthanasie. Falls es bei dieser Formulierung darum geht, sich von einer solchen Intention zu distanzieren, müsste dies ausdrücklich formuliert werden. Ein rascherer Todeseintritt kann nicht ein Behandlungsziel sein; der Begriff «Behandlung» soll in diesem Kontext nicht verwendet werden.

Kommentar

Zu Absatz 7, Spiegelstrich 2

Auch der Begriff der Selbstbestimmung bedarf einer grundlegenden Neureflexion, da bisher in der Diskussion der anthropologische Aspekt des Menschen als Beziehungswesen nicht ausreichend Gewicht bekommt (siehe Beilage 2: «Selbstbestimmung im Kontext von Beihilfe zum Suizid») Es geht hier um grundsätzliche Fragen des Menschseins und nicht nur um Abgrenzung von Rechten!

Kommentar

Zu Absatz 7, Zu Spiegelstrich 3

Richtigerweise müssen Patienten davor geschützt werden, dass von Ihnen geäußerte Wünsche unkritisch erfüllt werden. Genau das ist die Aufgabe der ethischen Richtlinien, die jede Mithilfe bei Tötungshandlungen klar zurückweisen müssen.

II. Richtlinien

Kommentar

Zu 1. Geltungsbereich

Die Erweiterung des Geltungsbereiches erachten wir nicht als sinnvoll. Suizidale Patienten brauchen Beistand und fachliche Hilfe. Was echte ärztliche Hilfe für einen Menschen mit einer chronischen Krankheit sein kann oder ist, gehört in die Fachausbildung eines Arztes. Ursprünglich bezogen sich die Richtlinien auf die

ärztliche Betreuung Sterbender und damit auf das Lebensende und das sollte auch so bleiben.

Im Richtlinienentwurf wird zu Recht gesagt, dass das Verlangen nach «*medizinischer Hilfe zur Beendigung des Lebens*» sich deutlich von dem unterscheidet, «*was sonst von der Ärztin in der Konfrontation mit Sterben und Tod erwartet wird*». **Hier muss klar gemacht werden, dass es keine «medizinische Hilfe» zur Beendigung des Lebens geben darf und kann.** Ob es einen sogenannten Bilanzsuizid gibt, ist umstritten. Der im Richtlinienentwurf verwendete Begriff «Sterbewunsch» wird dem schwerwiegenden Problem von Suizidalität nicht gerecht.

2. Grundsätze

Kommentar

Zu 2.1. Recht auf Selbstbestimmung

In den Grundsätzen solcher Richtlinien müsste zuerst das **Recht auf Leben** und das **Tötungsverbot** festgehalten werden, denen das Recht auf Selbstbestimmung nachgeordnet ist. Zum Begriff der Selbstbestimmung besteht grundlegender Diskussionsbedarf, (siehe Beilage 2: «Selbstbestimmung im Kontext von Beihilfe zum Suizid»)

Kommentar

Zu 2.1, Abs. 1

Unterstützenswert. Wir fügen hinzu, dass Selbstbestimmung auch das Recht auf Nichtwissen beinhalten kann.

Kommentar

Zu 2.2. Selbstbestimmung im sozialen Kontext

Das Thema der Selbstbestimmung im sozialen Kontext ist zentral und müsste auch unabhängig vom Richtlinienentwurf ausführlich erörtert werden. Dazu gehört, dass der Mensch grundsätzlich leben will, und die Aufgabe des Arztes ist, Leben zu erhalten, wenn auch nicht um jeden Preis. (siehe Beilage 2: «Selbstbestimmung im Kontext von Beihilfe zum Suizid»).

Die Bemerkungen zur Urteilsfähigkeit sind vollständig zu unterstützen.

Aber: Eine Begutachtung mit dem Ziel, Suizidbeihilfe zu unterstützen, ist keine ärztliche Tätigkeit.

Kommentar

Zu 2.3. Lebensqualität

Die genannten Punkte sind alle zutreffend, besonders wichtig ist die Stärkung von Hoffnung und Freude. Ziel ist immer die Verbesserung der Lebensqualität bis zum natürlichen Tod.

Kommentar

Zu 2.4. Leiden und Leidenslinderung

Das Wesen von Leiden und Leidenslinderung ist gut beschrieben. Wichtig ist der Gedanke, dass auch schwerstes Leiden nicht dauerhaft sein muss und durch palliative Bemühungen oder spontan von Besserung und neuer Hoffnung abgelöst werden kann. Dies stellt auch ein Ziel ärztlicher Behandlung dar.

Hingegen sollte der Begriff «unerträgliches Leiden» in den Standesrichtlinien nicht verwendet werden: er ist ein ideologischer Begriff aus der niederländischen Euthanasiegesetzgebung. (siehe auch Kommentar zu 6.2.1.)

Kommentar

Zu 2.5. Klärung des Behandlungsziels

Zu Abs.1 (und 6.1., 6.1.1., 6.1.2.)

Als Behandlungsziel ist auch die Beabsichtigung eines möglichst raschen Eintretens des Todes genannt. Eine solche Aufzählung kann implizieren, dass dies eine legitime Option sei. Doch: Ein rascherer Todeseintritt kann nicht ein Behandlungsziel sein; diese Absicht ist nicht mit dem medizinischen Ethos vereinbar. Der Begriff „Behandlung“ soll in diesem Kontext nicht verwendet werden. Wie im Glossar des Richtlinienentwurfes beschrieben, betrifft das Behandlungsziel im Umgang mit Sterben und Tod insbesondere die Ziele der Lebenserhaltung und der Erhaltung der Lebensqualität.

Die Intention des Arztes, eine medizinische Behandlung einzustellen oder nicht durchzuführen, muss von der Erkenntnis getragen sein, dass dem Patienten nach bestem Wissen und Gewissen mit einer Behandlung nicht mehr geholfen werden kann. So wird ein allfälliger Todeseintritt dem natürlichen Verlauf überlassen.

Einer Formulierung wie sie unter 6.1. zu finden ist: «Eine mögliche ~~oder sichere~~ Beeinflussung des Todeszeitpunktes wird dabei in Kauf genommen, aber nicht beabsichtigt» können wir uns anschliessen. Eine sichere Beeinflussung des Todeszeitpunktes ist unzulässig.

Ebenso schliessen wir uns den Ausführungen unter 6.1.1., Abs. 3, an, wo es um den Behandlungsabbruch geht: «*Dies darf jedoch nicht in der Absicht einer möglichst raschen Herbeiführung des Todes erfolgen.*» Die Formulierung unter 6.1.2., Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen zeigt ebenfalls die klare Grenze ärztlichen Handelns: «*Eine allfällige Verkürzung der Lebensdauer wird dabei in Kauf genommen. Umgekehrt darf die Medikation auch nicht über das für eine optimale Symptombehandlung notwendige Mass hinaus gesteigert werden.*»

Zu Abs.2

Dass sich der Behandelnde über seine Absicht im Klaren sein muss, ist selbstverständlich. Eine absichtliche Herbeiführung des Todes darf aber keinesfalls toleriert werden, ist gesetzeswidrig und muss klar verurteilt werden.

Kommentar

Zu 2.6. Betreuung und Unterstützung der Angehörigen

Unterstützenswert bis auf die Streichung von „zu akzeptieren“ im Satz: *«Die eigene Grundhaltung sollte geprägt sein von der Bereitschaft, den Willen der Patienten zu verstehen und zu akzeptieren.»* Akzeptanz darf nicht unterlassene Hilfeleistung bedeuten.

Kommentar

Zu 3. Sprechen über Sterben und Tod

Obwohl das Kapitel sehr viele wichtige Gedanken zur ärztlichen Gesprächsführung beinhaltet, sollten die medizinisch-ethischen Richtlinien nicht unnötig ausgeweitet werden. Sie sollen kein Lehrbuch für ärztliche Gesprächsführung sein (was es unbestritten braucht, neben der ärztlichen Unterweisung am Beispiel und Vorbild am Krankenbett).

Wann und ob überhaupt Gespräche über Sterben und Tod geführt werden sollen, muss – wie auch erwähnt – individuell innerhalb einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung erspürt und abgetastet werden.

Der Satz: *«Schon in frühem Stadium ist es wichtig, dem Patienten die Ernsthaftigkeit...mitzuteilen»* gilt in dieser Absolutheit nicht. Auch dass die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben eine wichtige Grundlage sei, um mit Patienten über den Tod sprechen zu können, ist eine gewagte Behauptung.

Die Sterbephase ist ein Teil des Lebens. Therapie, Linderung und Begleitung sind Aufgaben des Arztes. Jeder Arzt (und auch jede Pflegeperson) soll in der Ausbildung die Möglichkeit haben, Fragen zu diesen Themen zu klären. Dies kann aber nicht Inhalt von Richtlinien sein. Ob es Sinn macht, generell Fachpersonen für Sterben und Tod auszubilden, kann bezweifelt werden, ausser vielleicht der Schulung eines Begleitdienstes von Sitzwachen.

Kommentar

Zu 4. Umgang mit Sterbewünschen

Der Begriff Sterbewunsch ist generell und unscharf. Es kann sich um vorübergehende Gedanken handeln, um grundsätzliche Überlegungen im Hinblick auf eine möglicherweise in Zukunft eintretende Gesundheits- oder soziale Situation oder um chronische oder akute Suizidalität im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung oder seelischen Notsituation.

Ernst nehmen würde heissen, eine mögliche Suizidalität psychiatrisch abzuklären. Auch wenn Gedanken an einen in der Zukunft liegenden, begleiteten Suizid vorliegen, besteht Klärungsbedarf.

Es ist offensichtlich, dass die im Richtlinienentwurf formulierte und spürbare veränderte Grundhaltung gegenüber dem assistierten Suizid eine völlig neue

Situation schafft. Der Arzt und das Behandlungsteam sind nicht mehr grundsätzlich auf der Seite des Lebens und lassen sich immer die «Option» des begleiteten Suizids offen. Damit nimmt sich der Arzt (und auch das Behandlungsteam) das wichtigste therapeutische Instrument aus der Hand, den Menschen wieder für das Leben bis zu seinem natürlichen Tod zu gewinnen, nämlich die unbedingte Entschlossenheit, mit dem Patienten zusammen eine sinnvolle Gestaltung der letzten Lebensphase zu entwickeln, die eine Linderung der Beschwerden und auch den Umgang mit Krankheit und Leid und den damit verbundenen Gefühlen beinhaltet.

Im gesamten Text ist die Bereitschaft spürbar, mehr oder weniger schnell den «Suizidwunsch» zu «akzeptieren» und dem Patienten beim Sterben «zu helfen». Letztendlich lässt der Arzt (und das Team) damit den Leidenden im Stich und bescheinigt ihm irgendwann (und zwar dann, wenn es der Arzt oder das Team entscheidet), dass sein Leben definitiv keinen Lebenswert mehr habe, dann, wenn schliesslich dem Verlangen des Patienten stattgegeben wird.

Aus dieser Grundhaltung entstehen tendenziöse Verhaltensvorschläge, z.B.

«Mit ihm zusammen...soll besprochen werden, welche medizinischen Behandlungen er wünscht oder ablehnt.»

Der Arzt soll seinem Patienten vorschlagen, was er aufgrund der medizinischen Situation für eine Behandlung anwenden würde. Selbstverständlich geht er nicht über Befürchtungen oder spezielle Vorstellungen des Patienten hinweg, versucht aber mit ihm einen sinnvollen Behandlungsweg zu entwickeln. Das Abschliessen einer Behandlungsvereinbarung stellt eine unnötige Formalisierung der Arzt-Patient-Beziehung dar.

Der Beizug des Psychiaters sollte viel früher erfolgen (s.o.). Warum geht man nicht (bis zum schwierigen) Beweis des Gegenteils davon aus, dass es sich beim Suizidwunsch um den Ausdruck einer psychischen Notsituation wenn nicht Erkrankung handelt? Die Statistiken aus der Suizidforschung sprechen jedenfalls dafür.

«Es gibt aber Situationen, in denen der Wunsch, den Eintritt des Todes zu beschleunigen, bestehen bleibt»:

Wie lange soll man denn versuchen? Eine Woche, drei Gespräche, fünf Gespräche, hundert Gespräche? Es gibt Patienten, die seit Jahren immer wieder schwer suizidal sind und immer noch leben, aber nur, weil die Betreuenden nie aufgegeben haben, sie für das Leben zu gewinnen.

Sämtliche weitere Betrachtungen sind alle auf dem falschen Boden:

Behandlungsabbruch mit Todeswunsch, Sterbefasten, Suizidbeihilfe. Wie andernorts differenziert ausgeführt, kommt es auf die Absicht an. Wenn der Arzt die Absicht hat, den Patienten schneller zum Tod zu verhelfen, ist er schon weit auf der schiefen Ebene. Deswegen sprechen die Niederländer und Belgier sowohl bei aktiver Tötung als auch bei Beihilfe zum Suizid von Euthanasie.

«Der angesprochene Arzt muss dann für sich entscheiden (...)».

Wo kommen wir hin, wenn das Standesrecht dem Arzt überlässt, ob er einem Patienten bei der Tötung hilft. Das entspricht in keinem Fall dem ärztlichen Ethos und wird nicht dadurch gelöst, dass jeder macht, was er will. Wir wiederholen es: Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit.

Kommentar

Zu 5. Entscheidungsprozesse

Die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient ist gut beschrieben.

Eine Bemerkung zur Selbstbestimmung des aufgeklärten Patienten (siehe auch Beilage 2): In allen Diskussionen über Autonomie ist es mittlerweile klar, dass der Mensch ein Beziehungswesen ist und dass es keine Autonomie ausserhalb des menschlichen Beziehungsgefüges gibt. Ebenso bedeutet eine aufgeklärte Entscheidung nicht, dass der Mensch nur nach einer wertneutralen, rein faktenbasierten Aufklärung entscheiden darf. Wer kennt nicht die ehrliche Frage vieler Patienten: Herr Doktor, wie würden sie entscheiden, wenn es ihre Mutter/Vater/Sohn wäre?? Natürlich muss und darf der Arzt auch seine persönliche Meinung in die Waagschale werfen. Dies gilt insbesondere bei Entscheidungen, bei denen es um Leben und Tod geht. Bezüglich des Suizidwunsches gibt der Arzt, der sich nicht für ein Weiterleben einsetzt oder sogenannt neutral bleibt, dem Patienten zu verstehen, dass er dessen Leben nicht mehr für lebenswert hält.

Kommentar

Zu 5.2. Advanced Care Planning

Die Behandlungsplanung sollte unter ärztlicher Leitung durchgeführt werden, auch diese Aufgabe gehört nicht in die Richtlinien, sondern im Einzelfall in die Hand des Arztes. Inwieweit nichtärztliche Fachpersonen hinzugezogen werden und welche Aufgaben sie übernehmen können, sollte ebenfalls dem Arzt überlassen werden. Zu vermeiden ist ein Kompetenzwirrwarr, ebenfalls eine Veradministrierung der Therapie.

Kommentar

Zu 5.3. Einbezug der Angehörigen und
zu 5.4. Konfliktsituationen

Gibt v.a. die Rechtslage im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht wieder

Kommentar

Zu 6. Handlungen, die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen

Die werterelativierende Einteilung in drei mögliche Handlungsgruppen im Umgang mit Sterben und Tod können wir nicht akzeptieren.

Kommentar

Zu 6.1.1. Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch

Gut

Kommentar

Zu 6.1.2. Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen

Gut.

Da auch «Atemnot» ein häufiges und nicht immer einfach zu behandelndes Symptom der letzten Tage ist, sollte «Atemnot» hinzugefügt werden.

Kommentar

Zu 6.1.3. Sedierung

Im ersten Absatz sollte ergänzt werden, dass eine temporäre Sedierung auch einen Anspannungszustand durchbrechen und damit ein vorher therapierefraktäres Symptom wieder behandelbar machen kann.

Unter den Kriterien für den Entscheid für eine Sedierung sollen die ersten beiden Spiegelstriche durch «Therapierefraktäres Symptom» ersetzt werden.

Ansonsten sehr sorgfältig formuliertes Kapitel. Speziell begrüßenswert ist die klare Trennung zwischen palliativer und kontinuierlicher Sedierung mit der Grenze, dass eine kontinuierliche Sedierung nur bei Sterbenden durchgeführt werden darf.

Kommentar

zu 6.2. Kontrovers diskutierte Handlungen

Die sogenannt kontrovers diskutierten Handlungen basieren auf Resultaten aus der 2014 veröffentlichten SAMW-Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe». Sie ist, wie die mit der Studie beauftragten Firmen und auch die SAMW selbst betonen, nicht repräsentativ. Es kann vermutet werden, dass diese Studie verwendet wird, um mittels Opportunitätsprinzip Standesrecht und ev. auch Recht zu schaffen, um vom Grundrecht auf Leben abzuweichen.

Wie wir unter «allgemeine Bemerkungen» begründet haben, ist die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Tätigkeit. Unterstützen können wir einzig – und dies auch nur, da in unserem Land bereits Druck auf die Ärzteschaft hinsichtlich Suizidbeihilfe ausgeübt wird und Stimmen für die aktive Euthanasie zu hören sind – den Satz in Abs. 3, 6.2.1. Suizidhilfe: «Die Rolle der Ärztin im Umgang mit Sterben und Tod besteht darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es gehört weder zu ihren Aufgaben, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, noch ist sie verpflichtet, diese zu leisten und muss dies auch nicht begründen.»

Kommentar

Zu 6.2.1. Suizidhilfe

Wir lehnen Beihilfe zum Suizid grundsätzlich ab.

Durch das Fehlen des Bezugs zu Todesnähe/Sterbephase wird mit dem Richtlinienentwurf die Anwendung der Suizidbeihilfe auf die gesamte Lebensspanne ausgedehnt. Einer solchen Ausweitung muss auf jeden Fall Einhalt geboten werden. (siehe Beilage 2 «Selbstbestimmung im Kontext von Beihilfe zum Suizid»)

Der Begriff «unerträgliches Leiden» ist unscharf und umstritten und wird zur Begründung der Euthanasie verwendet. Der Begriff «unerträgliches Leiden» ist nicht objektivierbar, negiert die Veränderbarkeit von Leiden und führt zu einem Einstellen aller menschlichen Bemühungen und therapeutischer Intervention. Dieser Begriff darf keinesfalls im Standesrecht verwendet werden.

Kommentar

Zu 6.3 Nicht zulässige Handlungen

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die kontinuierliche Sedierung mit gleichzeitigem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als aktive Tötung nicht zulässig ist.

III. Anhang

1. Glossar

Kommentar

Zu «(Ärztliche) Suizidhilfe»

Der Titelbegriff ist unscharf: der Begriff assistiert wurde weggelassen, der Begriff Suizidhilfe statt Beihilfe zum Suizid verwendet. Ist die Unschärfe eine Vorwegnahme, dass später auch in der Schweiz, wie bereits in den Niederlanden, nicht mehr unterschieden werden soll zwischen assistiertem Suizid und Euthanasie?

Das Setzen von ärztlich in Klammern (ärztlich) und die Miterwähnung von Pflegenden im Zusammenhang mit Verschreiben eines Medikaments führt zu Unschärfen. Verschreiben von Medikamenten ist eine ärztliche Tätigkeit. Soll dies darauf vorbereiten, dass inskünftig auch nichtärztliche „Experten“ tödliche Medikamente verschreiben könnten?

Änderungsvorschlag

«(Ärztliche)» weglassen. Neu: «Beihilfe zum Suizid»

Kommentar

Zu «Medizinische Massnahme»

Die Begrifflichkeit «Behandlungsziel der Lebensbeendigung» ist eine Neuschöpfung und in sich ein Widerspruch. Es gibt kein «Behandlungsziel Lebensbeendigung». Das Konstatieren einer Kontroverse im Kontext mit diesem Begriff dient der Einführung des nicht haltbaren Begriffs.

Kommentar

Zu «Therapie ohne Aussicht auf Erfolg»

Die Definition von Aussichtslosigkeit als «fehlende Aussichten auf eine Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld» ist unscharf. Richtig wäre «medizinisch infauste Prognose».

Änderungsvorschlag

«Fehlende Aussichten auf eine Rückkehr in ein angemessenes Lebensumfeld» durch «Medizinisch infauste Prognose».

Aufgrund der aufgeführten Kommentare zum Glossar ergibt sich, dass dieses wegen der vielen kontroversen und neu konstruierten Formulierungen als Ganzes unterbleiben sollte.

2. Behandlungsziele im Umgang mit Sterben und Tod

Kommentar

Zu 2.1.4. Beendigung des Lebens

«Beendigung des Lebens» und «Beabsichtigte Herbeiführung des Todes» sind Begriffe, die eine aktive Handlung implizieren. Medizinische Handlungen dürfen – wie auch unter «Glossar» beschrieben – nicht zum Ziel haben, das Leben eines Menschen zu beenden oder den Tod herbeizuführen.

Änderungsvorschlag

Kapitel 2.1.4. streichen.

Kommentar

Zu 2.2.1. Unterlassung oder Abbruch von Massnahmen mit potentiell lebenserhaltender Wirkung

«Unterlassung» oder «unterlassen» wird im medizinischen Kontext oft im Zusammenhang mit ärztlicher Hilfeleistung verwendet wird.

Änderungsvorschlag

«Unterlassung» durch «Verzicht» und «unterlassen» durch «verzichten» ersetzen.

Kommentar

Zu 2.2.4. Unterstützung und Begleitung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit

«Unterstützung und Begleitung» im Titel implizieren eine Akzeptanz des Sterbefastens, ebenso wie die Formulierung «Form der Lebensbeendigung».

Änderungsvorschlag

Kapitel 2.2.4. streichen

Kommentar

Zu 2.2.5. Ärztliche Suizidbeihilfe

Beihilfe zum Suizid ist keine ärztliche Tätigkeit. Medizinische Handlungen dürfen nicht lebensbeendigend sein.

Änderungsvorschlag

Kapitel 2.2.5. streichen.

Kommentar

Zu 2.2.6. Lebensbeendigung durch einmalige Medikamentenverabreichung (nicht zulässig)

Da auch in der Schweiz gewisse Exponenten die (aktive) Euthanasie im Recht verankern wollen, sollen die Standesrichtlinien nicht vorausseilend die Definition für eine strafbare Handlung enthalten.

Änderungsvorschlag

Kapitel 2.2.6. streichen

Kommentar

Zu 2.3. Ziele der Medizin

Unterstützenswert sind die drei letzten Sätze von Abs. 3: «Intention der Ärztin ist die Linderung von Leiden und die Erleichterung des Sterbens durch Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen. Der Tod wird zugelassen, aber nicht absichtlich herbeigeführt. Demgegenüber ist die Beendigung des Lebens als Hauptintention der Behandlung in den allgemein anerkannten Zielen der Medizin nicht enthalten.»

Abs. 4 und 5 gehören nicht in die Richtlinien.

Änderungsvorschlag

Abs. 4 und 5 streichen.

Für den Vorstand der Hippokratischen Gesellschaft Schweiz



Dr. med. Raimund Klesse
Präsident



Dr. med. Susanne Lippmann-Rieder
Vizepräsidentin

Fanas, 22. Februar 2018

Beilage 1: «Überlegungen zur Entwicklung der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur «Sterbehilfe» seit 1976»

Beilage 2: «Selbstbestimmung im Kontext von Beihilfe zum Suizid»