

Peter Ryser

Zur neu konzipierten Richtlinie der SAMW „Umgang mit Sterben und Tod“ möchten wir in erster Linie allgemeine grundlegende Aspekte behandeln, da die Entwicklung medizinischer Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz und die Rolle der SAMW zu einiger Sorge Anlass gibt. Wir verzichten daher auf punktuelle Änderungsanträge und legen das Schwergewicht auf Aspekte, die in der Debatte über Entscheidungen am Lebensende zu wenig beachtet werden:

- Schon die im Jahre 2004 eingeführte Liberalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe litt in ihrer Begründung an einer elementar logischen Widersprüchlichkeit. Denn wenn einerseits Suizidhilfe nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit ist und den Zielen der Medizin widerspricht, kann der einzelne Arzt aufgrund eines Gewissensentscheides nicht zur Privatperson werden, wenn er Natriumpentothal verschreibt. Er verletzt vielmehr die allgemein anerkannten Regeln des Standesethos.
- Diese Inkonsequenz setzt sich in den neuen Richtlinien fort und wird noch vertieft: so ist es dem Einzelnen bei kontrovers diskutierten Handlungen wie der Suizidbeihilfe überlassen, zu bestimmen, ob diese für ihn mit den Zielen der Medizin vereinbar sind oder nicht (Rubrik 6.2, Seite 16-17). Die im Anhang erwähnten allgemein anerkannten Ziele der Medizin lehnen jedoch die Beendigung des Lebens als Hauptintention der Behandlung ab, so dass standesethisch von der ärztlichen Suizidbeihilfe klar Abstand zu nehmen wäre. Stattdessen wird einer moralischen Subjektivierung Vorschub geleistet, und die SAMW befürwortet gar eine gesellschaftliche Diskussion künftiger Ziele der Medizin (Seite 4).
- Dies führt unschwer zum Schluss, dass die aktuellen Richtlinien der SAMW eine klare Stellungnahme zu entscheidenden medizinethischen Fragestellungen vermissen lassen. Eine ernst zu nehmende Standesethik wird unterminiert. Sie ist in wichtigen Fragen ambivalent geworden und hat seit 2004 an Bedeutung verloren. So hat auch die Aufnahme von SAMW-Richtlinien in die Standesordnung der FMH bisher keine Sanktionen für zuwiderhandelnde Kollegen und Kolleginnen zur Folge¹, selbst wenn sie sich

¹ SAEZ 2012, 93, 411-412

im Vorstand von Exit betätigen. Eine Relativierungstendenz zeigt sich auch in der Rechtsprechung²

- Wichtige ethische Grundsätze werden heute offenbar nicht mehr erkannt und akzeptiert. Es fehlt zunehmend an einer substantiellen Sittlichkeit. Wenn aber Grenzen geöffnet werden, dann wird es schwierig, dem Dambruch Einhalt zu gebieten. Die liberale Einstellung zu Massnahmen am Lebensende und die Nivellierung ethischer Grenzen haben sich mittlerweile in unserer Gesellschaft und bei Medizinerinnen ausgebreitet. Die etablierte Praxis der Suizidbeihilfe wird nicht mehr hinterfragt. Schlagworte wie patriarchales Verhalten³ und abwegige Behauptungen⁴ machen die Runde. So treten die aktiven Massnahmen am Lebensende nach und nach ins Zentrum des Seins. Dabei kann gerade der Einfluss von Suizidhilfeorganisationen (Medienpräsenz, Einladungen für Symposien und medizinische Weiterbildungen, Lobbyarbeit) auch auf die SAMW nicht unterschätzt werden. Mit einem so genannten „mitfühlenden Pragmatismus“⁵ wird es schwer sein, eine weitere Liberalisierung aufzuhalten. Die neuen Richtlinien enthalten vielmehr Formulierungen, die eine besorgniserregende Flexibilität aufweisen. So wird festgestellt, dass bei einigen Patienten kein medizinisches Leiden als Hauptbeweggrund für den Sterbewunsch vorliege (Seite 5). Bei den Voraussetzungen zur Suizidbeihilfe werden Krankheitssymptome oder Funktionsstörungen als Ursache unerträglichen Leidens genannt (Seite 18). Da nun aber auch Lebensmüde und ältere Menschen Funktionseinbussen erleiden können, ist zumindest schon dem Alterssuizid Tür und Tor geöffnet.
- In Deutschland und vor allem im angelsächsischen Sprachraum werden ärztliche Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen (Euthanasie) ethisch-moralisch praktisch gleichgestellt und dem Begriff physician-assisted death untergeordnet. Bei der Suizidhilfe existieren schon rein praktische Übergänge zur Tötung auf Verlangen, indem apparative Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, wobei schwerst Behinderte die tödliche Infusion mit Knopfdruck auslösen können⁶. 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

² Urteil vom Verwaltungsgericht Basel-Stadt vom 6.7.17, das im Zusammenhang mit ärztlicher Suizidhilfe auf abschliessend geregelte Berufspflichten im MedBG verweist.

³ SAEZ 2018, 99, 194

⁴ Sterbehilfeorganisationen wie Exit leisteten einen Beitrag zur Suizidprävention (SAEZ 2012, 93, 1227)

⁵ Bulletin SAMW 1/10, Seite 3

⁶ Int J Legal Med 2003, 196-108

freigesprochen worden, obwohl hier eine vom Gesetz verbotene Handlung vorlag.⁷ Eine Studie über konkrete Praktiken am Lebensende in der Schweiz zeigt, dass 2013 trotz Verbot in 11 Fällen eine Tötung auf Verlangen erfolgt ist.⁸

- Zum Thema des Rechts auf Selbstbestimmung: Selbstbestimmung ist primär ein Abwehrrecht, das die Unverfügbarkeit von Leib und Leben eines Menschen durch andere schützt. Es kann aber nicht als Anspruchsrecht auf Mittel oder Hilfe zur Selbsttötung verstanden werden⁹. Selbstbestimmung ist keine von der Umwelt losgelöste Autarkie. Der Mensch ist eingebunden in vielfältige soziale Beziehungen, die auch zu Abhängigkeit führen. Seine Freiheit verwirklicht sich erst in Bezug auf Mitmenschen.¹⁰ Gerade schwer und chronisch Kranke kann die auferlegte Selbstbestimmung überfordern. Andererseits wird der Arzt im neuen Paradigma des selbstbestimmten Sterbens zum blossen Dienstleister degradiert, der gegebenenfalls auch gegen seine Überzeugung handeln muss, wenn „end-of-life decisions“ angeblich nurmehr in die Zuständigkeit des betroffenen Patienten fallen.¹¹ Dieser Aspekt manifestiert sich auch in Fussnote 13 und 14 der Richtlinien, wo es unter anderem um die Abschaltung eines Ventilators und den Entscheid von Eltern aufgrund ihrer Werte geht. Der Arzt wird mit seinem Gewissen allein gelassen, im günstigsten Fall wird eine rein situative Ethik zugrunde gelegt, welche keine allgemein verbindlichen Normen mehr kennt. Die dargelegten Schwierigkeiten sind auch Resultat eines grundsätzlichen Konzepts der SAMW, indem die Probleme um Sterben und Tod schwergewichtig handlungs-, aber nicht haltungsorientiert angegangen werden. Damit ist man der normativen Kraft des Faktischen, der gelebten Realität und den Fakten schaffenden Suizidhilfeorganisationen ausgeliefert.
- Die Hinweise auf Möglichkeiten von Palliative care sind an und für sich zu begrüßen. Dass Palliative care bei schwer und terminal Kranken ausgezeichnete Dienste leisten kann, ist offensichtlich. Andererseits 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

⁷ Swiss-Info 28.12.2010

⁸ JAMA 2016, 176, 555-556; Swiss Med Wkly 2016, 146, w14307e

⁹ M. Rothhaar in: Was heisst in Würde sterben? Springer 2015, S. 105

¹⁰ M. Spieker in: Was heisst in Würde sterben? Springer 2015, S. 222

¹¹ SAEZ 2018, 99, 156-158

widersprechen sondern sich gar ergänzen könnten¹². Ein bekannter Palliativmediziner war gar an der Ausarbeitung eines Gesetzesvorschlags zur Regelung der Suizidbeihilfe in Deutschland beteiligt.¹³ In einer Umfrage unter Mitgliedern der Schweizerischen Gesellschaft für Palliativmedizin befürworteten 44% den ärztlich assistierten Suizid, 31% die direkt aktive Sterbehilfe generell, 25% dasselbe für psychiatrische Patienten.¹⁴ Klar ablehnende Stellungnahmen, wie sie von mehreren Palliativmedizinischen Organisationen in Deutschland und Österreich aber auch von der British Medical Association vorliegen¹⁵, fehlen in der Schweiz.

- Unter der Rubrik 6.1.3 wird die vorübergehende oder kontinuierliche palliative Sedierung diskutiert. Von der SAMW wird zu Recht auf das Missbrauchspotential im Sinne der beabsichtigten Herbeiführung des Todes hingewiesen. Das Vorgehen impliziert allerdings die prognostische Einschätzung bei terminalen Erkrankungen, die mit erheblichen Unsicherheiten belastet ist. Die terminale Sedation ohne Unterbruch bis zum Tode¹⁶ ist aus unserer Sicht ethisch anders zu gewichten als die zeitlich limitierte palliative Sedierung, und von ihr klar abzugrenzen. Denn es wird eine heikle Nähe zur aktiven Tötung auf Verlangen erreicht. Dies kann auch aus den Formulierungen im Richtlinienentwurf (6.1.3 und 6.3) abgelesen werden. Die geschätzte Dauer der lebensverkürzenden Wirkung terminaler Sedierungen wird mit einigen Tagen bis Wochen, oder gar über einen Monat angegeben^{17, 18}. In diesem Kontext ist auch aus unserer Sicht die Intention von Arzt und Behandlungsteam entscheidend. Aber wer wird dies überprüfen können? Zudem ist hier die Unterscheidung zwischen Absicht und In-Kaufnehmen durchaus interpretationsanfällig¹⁹. Die Unterscheidung zwischen üblichem medizinischem Handeln und aktiver Lebensbeendigung wird schwierig. Eine Studie in Holland hat gezeigt, dass es in diesem Zusammenhang bei Ärzten viele Abstufungen von Absichten hinsichtlich Todesbeschleunigung gibt und letztere oft als eines der Ziele oder als ausdrückliches Ziel genannt worden ist.²⁰ Ob der Hinweis der SAMW auf

¹² SAEZ 2012, 93, 669-670; NZZ vom 11.4.2011, Seite 11

¹³ Pressemitteilung vom 26.8.14, Selbstbestimmung im Sterben-Fürsorge zum Leben

¹⁴ N. Bittel et al. Support Care Cancer (2002) 10:265–271

¹⁵ Dokumentiert in: Was heisst in Würde sterben?, Springer 2015

¹⁶ Hinsichtlich Definitionen sieh auch Schweiz Med Forum 2005;5:241–245

¹⁷ Arch Intern Med 2006, 166, 749-753

¹⁸ BMJ 2008, 336, 810-813

¹⁹ Auch dieser Aspekt wird in der Fussnote 13 in anderem Zusammenhang deutlich, wo im übrigen eine gefährliche Nähe zur Tötung auf Verlangen besteht.

²⁰ Zitiert in Ethik Med 2004, 16, 392-400

Sorgfaltskriterien und fachliche Standards eine hinreichend klare Abgrenzung zur aktiven Tötung gewährleisten wird, ist daher fraglich.

Wir anerkennen durchaus auch positivere Elemente im Richtlinienentwurf wie die Betonung des Gesprächs und die Betreuung von Angehörigen, sowie die fehlende Pflicht des Suizidhilfe ablehnenden Arztes zur Weiterleitung des Patienten.

Aus vorgenannten Gründen lehnen wir jedoch die neue Richtlinie „Umgang mit Sterben und Tod als Ganzes ab: Bei fragwürdiger standesethischer Relevanz werden eine Ausweitung aktiver Massnahmen zur Lebensbeendigung favorisiert, und neue Grauzonen zur Tötung auf Verlangen eröffnet. Die Bodenhaftung ist auf unsicherem Terrain verloren gegangen“.²¹

Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz (VKAS)

Human Life International Schweiz (HLI)

²¹ Siehe auch D. Scheidegger in SAMW-Bulletin 2/2017