

Zur Publikation angenommen in: Medizinethische Materialien, Bochum, Heft 150;
erscheint im Februar 2004, ISBN: 3-931993-31-0

Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid.

Die Situation in der Schweiz im Lichte internationaler Perspektiven

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil

ANNE FRANK-Professorin und Vorsteherin, Institut für Angewandte Ethik und
Medizinethik (IAEME), Medizinische Fakultät der Universität Basel

Website: www.unibas.ch/aeme

Gliederung

Zusammenfassung

Abstract

1. Einleitung
2. Problemstellung
3. Internationale Perspektiven – Länder mit gesetzlicher Regelung
 - 3.1 Oregon
 - 3.2 Niederlande
 - 3.3 Probleme des Verfahrens in Oregon und den Niederlanden
4. Die Situation in der Schweiz im internationalen Vergleich
 - 4.1 Zur öffentlichen Debatte und rechtlichen Situation
 - 4.2 Ethische Brennpunkte im Lichte von zwei Studien zur Suizidbeihilfe
5. Relevante Befunde aus Studien zum Umgang mit Sterben und Tod
6. Richtlinien und Hilfestellungen für die ethische Orientierung
7. Ausblick: Folgerungen für die Praxis in der Schweiz

Literatur

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil

ANNE FRANK-Professorin und Vorsteherin, Institut für Angewandte Ethik und
Medizinethik (IAEME), Medizinische Fakultät der Universität Basel

Missionsstraße 21 A, CH-4055 Basel

Email: s.reiter-theil@unibas.ch

Tel: +41 61 260 21 90 ; Fax: +41 61 260 21 95

Zusammenfassung

Der folgende Beitrag entstand aus den aktuellen Beratungen mit und in medizinischen Fachgesellschaften zur Problematik des "Assistierte Suizids", der in der Schweiz vorrangig im Modus der Laienhilfe erfolgt und praktisch toleriert wird.

Bei der ethischen Problemstellung, ob eine Mitwirkung am Suizid gerechtfertigt werden kann, werden die Kategorien des Irrtums, des potenziellen Missbrauchs durch Dritte und die gesellschaftlichen Fehlentwicklungen fokussiert.

In der Analyse der ethischen Problematik in der Schweiz erweist sich ein internationaler Vergleich mit Oregon sowie den Niederlanden als fruchtbar, jenen Ländern, die die Mitwirkung des Arztes/der Ärztin an einer Selbsttötung legalisiert haben. Hierzu werden relevante empirische Studien herangezogen, die die ärztlich-professionell nicht begleitete und rechtlich schwer zu kontrollierende Praxis der Suizidbeihilfe in der Schweiz erhellen. Internationale Studien zeigen aber auch offene Fragen und Mängel unter den aktuellen Regelungen der ärztlichen Suizidbeihilfe in Oregon und den Niederlanden. Zudem werden Diskrepanzen zwischen den normativen Rahmenbedingungen und der herrschenden Praxis, gerade in der Schweiz, deutlich (Vorkommen von illegaler aktiver Sterbehilfe), die nach einer offenen fachlichen und gesellschaftlichen Auseinandersetzung verlangen und eine angemessene ethische sowie politische Klärung im Land notwendig erscheinen lassen. Diese Einschätzung wird durch die gegenwärtige Entwicklung auf dem Gebiet der medizinisch-ethischen Richtlinien noch untermauert.

Abschließend wird vorgeschlagen, die aktuelle Ambivalenz in der Haltung der Schweizerischen Ärzteschaft hinsichtlich der Beteiligung an der Selbsttötung grundsätzlich zu überprüfen und in Richtung einer verantwortungsvollen, ethisch und rechtlich konsistenten Orientierung weiter zu entwickeln, anstatt diese Problematik und die betroffenen Personen weitgehend sich selbst bzw. den Laienorganisationen zu überlassen.

Schlüsselwörter: Ethik, Assistierte Suizid, Suizidbeihilfe, Schweiz, Oregon, Niederlande, Legalisierung, Laienorganisationen, Sterbehilfe, Richtlinien

Abstract

The following paper was stimulated by recent debates with and within professional organizations in Switzerland regarding the problem of "Assisted Suicide" which is mostly practised through the help of lay organizations, and is in practise tolerated.

Regarding the issue whether or not active assistance in somebody's taking his or her own life can be ethically justified, the categories of error, potential abuse by third parties, and societal deformation are problem focuses.

In the analysis of the ethical problem in Switzerland, a comparison with the federal state of Oregon, USA, as well as with The Netherlands, the two countries which have legalized "Physician assisted suicide", turns out to be fruitful. Relevant empirical studies highlight the Swiss handling of assisted suicide without assistance by physicians, a practise scarcely controlled by the legal institutions. But international studies reveal open questions and deficits under the regulations of physician-assisted suicide in Oregon and The Netherlands as well. They also give evidence of discrepancies between the normative conditions and the prevailing practice, especially in Switzerland (occurrence of illegal active euthanasia), that require open discourse both at the professional as well as at the societal level and making it necessary to reach an adequate ethical and political clarification in the country. This judgment is emphasized by the development of the medical-ethical guidelines.

It is concluded that the ambivalence present in the Swiss medical profession regarding an active role in assisted suicide should be critically reflected and further developed towards a responsible, ethically and legally consistent orientation, instead of leaving the issue and the persons involved alone or with the lay organizations.

Key words: ethics, assisted suicide, Switzerland, Oregon, The Netherlands, legalization, lay organizations, aid-in dying, guidelines

1. Einleitung

Problemstellung

Für die Erwägung des Für und Wider um die ethische Legitimation einer Beihilfe zum Suizid werden hier drei Kategorien unterschieden:

der mögliche Irrtum über die Annahme der Aussichtslosigkeit der Lage und des Fehlens einer Alternative zur Beendigung von unerträglichem Leiden

der mögliche Missbrauch eines Suizids zugunsten Interessen von Dritten

das Risiko gesellschaftlicher Fehlentwicklungen, die die Schwelle für Suizide senken könnten, z.B. durch eine Entwertung gefährdeter Personengruppen.

Diese drei Kategorien korrespondieren mit den juristischen Kriterien der Urteilsfähigkeit und der Tatherrschaft, nach denen Suizid und Beihilfe problematisiert werden.

Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich zwischen der Schweiz und jenen Ländern, die sich aktiv mit einer straffreien Praxis der Beihilfe zum Suizid auseinandersetzen, drängt sich die Kontrastierung zwischen einer Laien- gegenüber einer ärztlichen Suizidbeihilfe auf. In der Schweiz ist die liberale Tradition der Toleranz des Suizids sowie der Beihilfe seit 1942 bundesgesetzlich verankert. Die Praxis der Suizidbeihilfe durch Laienorganisationen wie z.B. EXIT (mit unterschiedlich direkter oder indirekter Beteiligung durch Ärzte und andere Heilberufe) unterscheidet sich deutlich von der Handhabung der Suizidbeihilfe in den Nachbarländern der Schweiz (Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich); sie unterscheidet sich aber auch sehr deutlich von der Praxis gerade derjenigen Länder, welche die ärztliche Beihilfe zum Suizid gesetzlich regeln und zulassen, nämlich Niederlande, Oregon/USA sowie Belgien. Vor diesem Hintergrund eines internationalen Vergleichs werden offene Fragen sowie Unterschiede zur Schweiz analysiert. Dabei stehen präventive Aspekte zur Vermeidung der drei Problemkategorien - Irrtum, Missbrauch, gesellschaftliche Fehlentwicklungen - im Zentrum.

Hilfe bei der ethischen Orientierung

In der aktuellen Situation in der Schweiz bestehen zahlreichen "Grauzonen", vom Notfalleinsatz bis zur Sterbebegleitung, in denen ethische Entscheidungen über eine etwaige Suizidbeihilfe unvermeidlich sind. Verschiedene Hilfsangebote zur ethischen Orientierung wie Richtlinien, Prinzipien oder Ethik-Konsultation werden diskutiert.

Ausblick

Vor diesem Hintergrund werden Konsequenzen für eine ethisch balancierte Vorgehensweise im Umgang mit der Suizidbeihilfe vorgeschlagen und zur Diskussion gestellt.

2. Problemstellung

Kasuistik

Darf eine schwerkranke Patientin, die seit vielen Jahren unter rezidivierenden depressiven Episoden leidet, von der in der Schweiz bestehenden Möglichkeit Gebrauch machen, sich mit Hilfe einer Laienorganisation für Suizidbeihilfe das Leben zu nehmen, um den von ihr nicht gewünschten letzten Lebensabschnitt unter schwerem Leiden zu vermeiden? Darf sie in einer klinischen Einrichtung, speziell während ihrer stationären Betreuung in einem Psychiatricentrum, davon Gebrauch machen? Was würde dies für die behandelnden Ärzte und die Pflegenden bedeuten, was bedeutet es für die Angehörigen? Mit diesen Fragen setzt sich G. Ebner in einer Kasuistik aus der Perspektive des verantwortlichen Psychiatrie-Chefarztes auseinander (2003).

Ebner diskutiert in seiner Kasuistik zentrale Fragen, die auch für unsere folgende systematische ethische Auseinandersetzung um die Frage der Zulässigkeit und Vertretbarkeit einer Mitwirkung an der Selbsttötung eines anderen Menschen wichtig sind. Der Ausgang der Geschichte der Patientin, von deren schwerer Krankheit mitgeteilt wird, dass es sich um ein „Karzinom“ handle und dass sie „unheilbar“ sei, zeigt auf, dass der palliative Gedanke, dem wir in unserem hier folgenden Beitrag eine entscheidende Rolle als Alternative zur Selbsttötung beimessen werden, auch bei Ebner und in seinem Team praktisch zum Tragen gekommen ist: „Der Chefarzt entschied, den Wunsch der Patientin (...) aufzunehmen. Die Beteiligten wurden aber angewiesen, die Patientin lediglich in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen (...). Ein Moratorium zur Prüfung der Konsistenz des Wunsches wurde vereinbart (...). Die ärztliche Behandlung nach palliativen Zielen sollte mit Zuhilfenahme von kompetenten Schmerzspezialisten erfolgen. (...) Mit Hilfe palliativer Massnahmen konnte die Patientin so behandelt werden, dass sie zwar immer wieder auch sehr

stark unter Schmerzen litt, teilweise auch unter depressiven Zuständen, der Suizidwunsch wurde jedoch nicht wiederholt, nach einigen Wochen formulierte sie sogar explizit den Wunsch, nun den natürlichen Ausgang abzuwarten (...). Die Patientin verstarb in Anwesenheit einer der Bezugspersonen“ (Ebner 2003, S. 2424).

Die Geschichte einer anderen, betagten Patientin, die nicht in der Psychiatrie in der Schweiz, sondern in einer deutschen Universitätsklinik mit einem Tumorrezidiv internistisch untersucht bzw. behandelt wurde und deren palliative Begleitung zuvor ambulant nur suboptimal gelungen war, unterscheidet sich von dem ersten Fall. Anders als Ebner und sein Team konnten wir die Problematik, bei der ein ernsthafter Wunsch, möglichst bald zu versterben, teilweise in einen Selbsttötungswunsch übergang, nicht mit der gleichen Offenheit in Fragestellung und Entscheidungsfindung behandeln (Reiter-Theil 2003a).¹ Vielmehr gingen wir im Ethik-Konsil davon aus, dass es ein hoher Wert sei, die begonnene, aber noch nicht erfolgreiche palliative Betreuung mit hoher Priorität voranzutreiben und die zugewandten und fürsorglichen Angehörigen als „Unit of Care“ in diese Zielsetzungen voll mit einzubeziehen. Dies mag nicht immer gelingen; die Frage aber, ob man die Selbsttötung eines Patienten in einer deutschen (Universitäts-)Klinik zulassen oder unterstützen kann und darf, wirft schwerwiegende ethische und auch (berufs)rechtliche Probleme auf, die allen Beteiligten im Einzelfall Konflikte bereiten dürften und die unseres Erachtens eine grundsätzliche Untersuchung und Regelung erfordern. Es ist zu hoffen, dass internationale und vergleichende Perspektiven für unsere Handhabung dieser schwierigen ethischen, rechtlichen und vor allem auch praktischen Fragen lehrreich sein können, einerseits um Irrtümer und Fehler zu vermeiden und andererseits Möglichkeiten für ehrliche und transparente Regelungen zu reflektieren.

Wenn man sich mit der Frage auseinandersetzt, ob ethische Argumente für die Zulässigkeit der Mitwirkung an der Selbsttötung eines anderen Menschen geltend gemacht werden können, ist es geboten, sich mit der Notwendigkeit der Prävention von Selbsttötungen zu befassen. Es genügt nicht, darauf zu vertrauen, dass diese Aufgabe gesellschaftlich an die Psychiatrie, die Psychotherapie und die klinische Psychologie und ihre verwandten Gebiete delegiert worden sind. Von jedem, der sich

¹ Eine ausführliche Würdigung der Thematik und der damit verbundenen Probleme, speziell aus deutscher Sicht, wird in diesem Beitrag nicht geleistet; sie bedarf einer gesonderten Untersuchung.

an dem öffentlichen Diskurs über Suizidbeihilfe beteiligt, kann erwartet werden, dass er nicht nur die Pro-Seite der Medaille, z.B. unter dem Aspekt der Freiheit des Einzelnen, betrachtet; vielmehr ist er als verantwortlicher gesellschaftlicher Akteur, insbesondere auch als Fürsprecher bestimmter Modelle oder Forderungen dazu verpflichtet, auch die möglichen Probleme einer liberalen Handhabung der Suizidbeihilfe zu bedenken.

Wir sehen insbesondere drei Kategorien von Problemen: den Irrtum, den potenziellen Missbrauch und die gesellschaftlichen Fehlentwicklungen. Argumente, die Suizid legitimieren sollen, müssen demnach auf diese problematischen Aspekte hin kritisch überprüft werden. Besteht vielleicht ein Irrtum beim Betreffenden und seinen Bezugspersonen, indem fälschlich angenommen wird, die aktuelle Lage des Leidenden sei aussichtslos? Wurden mögliche Auswege in angemessener Weise gesucht, erwogen und geprüft? Hier ist beispielsweise an die Möglichkeiten der palliativen Begleitung und Linderung von Leiden bei schwerstkranken Patienten zu denken, die oft genug nicht von vornherein angeboten oder realisiert werden (Reiter-Theil 2003a). Nicht immer wünscht ein leidender Mensch mit dem Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, primär diese "Lösung"; oft erscheint ihm diese nur als Ausweg vor etwas, dem er anders nicht entgehen zu können glaubt. Wir müssen prüfen, ob nicht ein beabsichtigter oder unbeabsichtigter potenzieller Missbrauch vorliegt in dem Sinn, dass Bezugspersonen des Betreffenden ein Interesse an seinem Suizid haben könnten. So könnten Angehörige nicht nur materielle Interessen hegen; es könnte auch sein, dass sie der aufwändigen und mühsamen Betreuung müde sind, vielleicht auch mit Recht eine Entlastung erhoffen, um ihrer eigenen Erschöpfung und Demoralisierung über das lebensmüde Familienmitglied zu entgehen. Bei einer solchen Konstellation lässt sich kaum argumentieren, es handle sich um einen "freien" Wunsch des Betreffenden, aus dem Leben zu scheiden; auch würde der Vollzug des Suizids die Angehörigen schuldhaft verstricken und nach klinischen Erfahrungen sogar langfristig belasten. Nicht zuletzt müssen wir auch gesellschaftliche Fehlentwicklungen ins Auge fassen, wenn die Selbsttötung als eine positive Option gehandelt wird, sich selbst und vor allem die Gemeinschaft von Belastungen zu befreien. Eine Entsolidarisierung gegenüber Gefährdeten, die Rücknahme des bestehenden Schutzes der Schwächeren in einer zivilen und humanen Gesellschaft müssen sorgfältig verhütet werden, um das Heraufkommen einer sozialen Kälte, in der nur "Abgehärtete" überwintern könnten, zu vermeiden.

3. Internationale Perspektiven: Oregon - Niederlande - Schweiz

3.1 Oregon

Bevor wir die Situation der Schweiz kritisch würdigen, wollen wir Oregon und die Niederlande zum Vergleich heranziehen. Beide Länder haben mit der Schweiz eine fortgeschrittene Toleranz des Suizids sowie der Beihilfe des Suizids aufzuweisen. Im Unterschied zur Schweiz aber haben diese beiden Länder in neuerer Zeit bereits eine je spezifische Gesetzgebung hervorgebracht, die diese Praxis regelt.

Der Staat Oregon verabschiedete sein liberales Gesetz zur Suizidbeihilfe in einem Referendum mit schwacher Mehrheit ursprünglich bereits 1994 (Colburn 1994; Oregon Death with Dignity Act 1995, zitiert nach Sulmasy 2001, S. 252); das Inkrafttreten des Gesetzes wurde jedoch durch Gerichtsverfahren und eine daraus folgende Gerichtsentscheidung verhindert, die eine erneute Volksbefragung festlegte. Dieses wiederholte Referendum, das dieses Mal zur Niederschlagung des Gesetzes formuliert war, wurde jedoch klar abgelehnt (Egan 1997, zitiert nach Sulmasy 2001, S. 252). Nachdem der U.S. Supreme Court (das Oberste Gericht der Vereinigten Staaten) eine abschließende Berufung der Gegner anzuhören abgelehnt hatte, wurde das Gesetz schließlich 1997 in Kraft gesetzt (Booth 1998, zitiert nach Sulmasy 2001, S. 252). 1997 hatte der U.S. Supreme Court sich auch mit den Berufungen in den Fällen *Vacco v. Quill* 1997 und *Washington v. Glucksberg* 1997 zu befassen. Aus diesen Anlässen entschied er, dass amerikanische (Bundes-)Staaten die unbedingte Verpflichtung hätten, Leben zu erhalten und vulnerable Personen zu verteidigen, dass es indessen in der Verfügung jedes einzelnen Staates läge zu entscheiden, ob sie die Suizidbeihilfe ächten oder legalisieren wollten. Obwohl die Begründungen in den zahlreichen Beratungen beträchtlich differierten, beschlossen die Richter einstimmig, dass die amerikanische Verfassung kein Recht auf Beihilfe zum Suizid gewährleistet. Jedoch wurde den Bundesstaaten die Freiheit eingeräumt, mit entsprechenden Gesetzen zur Liberalisierung der Suizidbeihilfe zu experimentieren, sofern sie dies wünschten.

Nach dem neuen Gesetz des Bundesstaates Oregon, USA, dem "Oregon Death with Dignity Act", verabschiedet am 27. Oktober 1997, wird es Einwohnern mit terminaler

Krankheit ermöglicht, vom Arzt eine tödliche Dosis zur eigenen Verwendung verschrieben zu bekommen. Dies ist jedoch nur unter bestimmten Bedingungen zulässig: bei Erwachsenen und kompetenten Patienten mit der Prognose, dass ihre Krankheit in ca. sechs Monaten zum Tod führe. Das Gesetz erlaubt keine aktive Sterbehilfe, bei der ein Arzt oder ein Anderer bei einer Person ein Medikament direkt zur Beendigung des Lebens anwendet (Chin et al 1999; Sullivan et al 2000). Die gesetzlichen Anforderungen in Oregon sehen mehrere Schritte vor, die erfüllt sein müssen, wenn eine Beihilfe zum Suizid straffrei bleiben soll. Es bedarf einer schriftlichen und zweier mündlicher Anfragen an den Arzt, die im Abstand von mindestens 15 Tagen erfolgen sollen. Zwei Ärzte müssen bestätigen, dass es sich um eine terminale Erkrankung mit der entsprechenden Prognose handle und dass der Patient entscheidungsfähig (kompetent) sei. Wenn auch nur ein Arzt die Entscheidungsfähigkeit (Kompetenz) des Patienten durch Depression oder eine andere psychiatrische / psychologische Störung beeinträchtigt sieht, muss der Patient zu weiterer Untersuchung / Beratung überwiesen werden. Der Arzt muss den Patienten über alle möglichen Alternativen zum Suizid informieren, die einen Ausweg aus der Leidenssituation eröffnen könnten wie eine palliative Betreuung, die Aufnahme in ein Hospiz oder stärkere Schmerzkontrolle. Seit Inkrafttreten des Gesetzes wurden sämtliche Fälle, in denen Patienten um ärztliche Mitwirkung an ihrer Selbsttötung gebeten haben sowie die tatsächlich erfolgten Suizidbeihilfen dokumentiert und publiziert (Chin et al 1999; Sullivan et al 2000). Damit legt Oregon eine einmalige Datenbasis zur Evaluierung der ärztlichen Suizidbeihilfe unter streng kontrollierten, legalisierten Bedingungen vor. Diese Bedingungen unterscheiden sich offenbar deutlich von den in den Niederlanden faktisch praktizierten Vorgehensweisen.

3.2 Niederlande

In den Niederlanden sieht die Lage anders aus als in Oregon. Interessanter Weise sind die Niederlande kaum wegen ihrer Politik zur Suizidbeihilfe in die Kontroverse geraten, dafür wurden und werden sie umso mehr wegen ihrer Haltung und Handhabung der aktiven Sterbehilfe kritisiert. Am 28. November 2000 erklärte das niederländische Parlament die aktive Sterbehilfe sowie die ärztliche Beihilfe zum Suizid für legal. Dem war eine längere Phase der "Toleranz" der Tötung auf Verlangen des Patienten durch einen Bezugsarzt unter bestimmten Bedingungen wie Bedenkzeit des Patienten, Einholen einer zweiten ärztlichen Meinung, Meldepflicht

etc. vorausgegangen. Die aktive Sterbehilfe sowie die ärztliche Beihilfe zum Suizid waren dennoch während der letzten zwei Jahrzehnte vor der Gesetzesänderung 2000 technisch gesprochen illegal. Ärzte waren aber praktisch vor Strafverfolgung geschützt, wenn sie bestimmte Regeln einhielten. Die neue Legalisierung wurde einerseits als Fortschritt, andererseits als Beweis für die „schiefe Ebene“ bewertet (Sulmasy 2001, S. 256). (Belgien folgte 2003 dem niederländischen Modell.)

Im folgenden soll ausschließlich die niederländische Praxis der Beihilfe zum Suizid, nicht aber die Handhabung der aktiven Sterbehilfe diskutiert werden. Aus den Niederlanden wurde Selbstkritik bezüglich der Handhabung der ärztlichen Mitwirkung an Patienten-Selbsttötungen laut: Es gebe zu wenig empirische Evidenz über die Durchführung und zu wenig Literatur über die den Entscheidungen vorangehenden ärztlichen Konsultationen untereinander und mit den Patienten; Kritik wird auch aus den konstruktiven Vorschlägen von Onwuteaka-Philipsen und Van der Wal (2001) im Detail erkennbar. Die Autoren entwickeln vor diesem Hintergrund das "Amsterdam-Modell zur Konsultation mit einem 2. Arzt" (Onwuteaka-Philipsen, van der Wal 2001). Es hat zum Ziel, die Handhabung der Beihilfe zum Suizid professioneller zu gestalten, dabei die Praktiker zu unterstützen und für ein einheitliches Vorgehen zu sorgen. Im Zentrum steht dabei die Feststellung, ob eine alternative Behandlung zur Suizidbeihilfe möglich wäre, sei diese palliativ oder kurativ. - Hierzu ist nachdenklich anzumerken, dass es erstaunlich ist, wenn kompetente niederländische Autoren es für möglich halten, dass eine ärztliche Beihilfe zum Suizid stattfindet, solange noch eine kurative Therapie, also eine Heilbehandlung des zu dem Leidenszustand führenden Krankheitsgeschehens möglich ist. Zumindest halten die Autoren es für notwendig auszuschließen, dass die Ärzte dies übersehen oder vergessen (zu prüfen); es mag auch Fälle geben, in denen eine Heilungsmöglichkeit erst ganz kurzfristig und nur für Spezialisten erkennbar wird; für solche Fälle ist diese Zusatzbedingung außerordentlich wichtig. –

Als weitere Bedingungen werden formuliert: Der Wunsch des Patienten muss frei, überlegt und stabil sein. - In der Praxis dürfte dies bedeuten zu untersuchen, ob der Patientenwille nicht unfrei, unüberlegt oder instabil erscheint; diese negative Umformulierung lässt die Überprüfung der Bedingungen realistischer erscheinen als die Formulierung im Original. - Es muss ferner ausgeschlossen werden, dass die Kompetenz des Patienten, diese Entscheidung zu treffen, beeinträchtigt ist, z.B.

durch Morphin, Hirnmetastasen oder psychiatrische Probleme. Es ist wohl nicht daran gedacht, dass das Vorliegen einer psychischen Störung (psychiatrischen Erkrankung) per se zum Ausschluss des Patienten, also zu einer Verweigerung seines Wunsches auf Unterstützung einer Selbsttötung bedeuten soll. Es geht vielmehr darum festzustellen, ob die Willensbildung des Patienten, beispielsweise durch ein Krankheitsgeschehen beeinträchtigt oder verunmöglicht wird. Ein umfassendes Krankheitsgeschehen vermag die Willensbildung grundsätzlich beeinflussen; ob sie diese aber im eigentlichen Sinne unfrei werden lässt, soll hier wohl zum Kriterium gemacht werden. Diese Ausführungen zeigen an, wie schwierig und differenziert die Diskussion über die Entscheidungskompetenz von psychisch beeinträchtigten Menschen, gerade bei derart schwerwiegenden Schritten zu führen ist.

3.3 Probleme des Verfahrens in Oregon und den Niederlanden

Auch wenn man den "Experimenten" zur Liberalisierung oder Professionalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe nicht grundsätzlich ablehnend gegenübersteht oder diese unterstützt, muss man sich mit den ungelösten Problemen der Vorgehensweisen befassen, die von Autoren aus Oregon bzw. den Niederlanden berichtet werden. Dies soll hier an zwei ausgewählten Problemen geschehen: zum einen der seelischen Belastung, der sich die betreffenden Ärzte ausgesetzt fühlen, und zum anderen die auftretenden Komplikationen bei der Durchführung: der Einnahme des Medikamentes bzw. dessen Wirkung.

Im ersten Bericht aus Oregon nach einem Jahr Erfahrung mit der Umsetzung des neuen Gesetzes berichten die Autoren, dass Ärzte über seelische Belastungen im Zusammenhang mit ihrer Beteiligung an der Patienten-Selbsttötung geklagt hätten: „This was really hard on me“ (Chin et al 1999). Eine Begleitung oder besser Vorbereitung der betreffenden Ärzte wäre demnach erforderlich, um zu vermeiden, dass es hier zu möglicher Weise anhaltenden Belastungen kommt. Nennen wir diese Belastung hypothetisch eine "moralische Traumatisierung", die dadurch zustande kommen kann, dass ein Mensch mit einem hohen ärztlichen Ethos im Nachhinein zu seiner Handlung Zweifel bekommt oder sein Handeln nicht (mehr) mit seiner angestammten beruflichen Tradition, seinem weltanschaulichen Überzeugungssystem, seinen persönlichen Wertvorstellungen oder seiner intuitiven Grundhaltung zur Übereinstimmung bringen kann. Damit nehmen wir hypothetisch

an, dass das Gewissen – als ein moralisches "Organ" – Schaden nehmen könnte durch eigenes Tun oder Unterlassen. Diese Annahmen könnten aber ebenso für andere Personen, medizinische Laien, gelten, die den Suizid eines Anderen unterstützen. Vermutlich gelten diese Annahmen für Ärzte in besonderer Weise, da sie nicht nur als zivile Personen, sondern ausdrücklich als beruflich Handelnde zur Bewahrung des Lebens verpflichtet sind. Die Heranziehung von Ärzten zur Mitwirkung an Patienten-Selbsttötung bedarf also eines offenen Prozesses der Auseinandersetzung mit den Grundlagen und möglichen Grenzen dieses Lebens-Schutzgebotes; es muss untersucht werden, und zwar im Sinne einer offenen Frage, unter welchen Voraussetzungen dieses Gebot Ausnahmen haben soll. Die legale Liberalisierung dürfte als Vorgang ungenügend sein, diesen Prozess zu leisten, auch wenn wie in Oregon breite öffentliche Debatten geführt worden sind. Es bedarf eines ethischen Dialogs innerhalb des gesamten Gesundheitswesens unter allen beteiligten Berufsgruppen, bevor diese für die heutige westliche Welt noch spürbare Tabu-Überschreitung differenziert und mit Vernunftgründen bewertet werden kann. Möglicher Weise hat dieser ethische Dialog in den Niederlanden bereits in angemessener Ausführlichkeit stattgefunden. Jedenfalls blicken niederländische Ärzte bereits auf 20 Jahre liberaler Praxis im Umgang mit der ärztlichen Unterstützung des Sterbens durch aktive Tötung auf Verlangen sowie Beihilfe zum Suizid zurück. Da in diesem Land parallel auch die Medizinethik als die Disziplin und das Forum, wo diese Wertkonflikte bearbeitet werden können, ausgebaut wurde, finden wir hier eine sehr sorgfältige und fortgeschrittene Auseinandersetzung vor.

Gleichwohl werden auch aus den Niederlanden Probleme mit der Durchführung der Suizidbeihilfe berichtet, die vor allem für andere Länder, in denen keine aktive Sterbehilfe zugelassen ist, von größter Bedeutung sind: es handelt sich um Komplikationen bezüglich der Effektivität des Vorgehens, die – zumindest in den Niederlanden - Übergänge zu aktiver Sterbehilfe nach sich ziehen können. Groenewoud et al berichten (2000): "Problems of any type were more frequent in cases of assisted suicide than in cases of euthanasia." Damit sind z.B. Probleme gemeint, dass die Patienten die vorgesehene tödliche Dosis nicht vollständig oder rechtzeitig einnehmen konnten, z.B. weil sie das Bewusstsein verloren, mit der Folge, dass das Eintreten des Todes nicht gewährleistet war. In den Niederlanden kann dann unter Umständen eine Eskalation zur Tötung auf Verlangen gerechtfertigt sein. Wie aber wären solche Situationen in Oregon zu handhaben, wo diese

Eskalation nicht zulässig sondern strafbar ist? Wie sieht das in einem Land wie der Schweiz aus, in der in der Regel gar kein Arzt bei der Selbsttötung anwesend ist, weil diese Angelegenheit fest in der Hand der Laienorganisationen ist?

Die Liberalisierung und ärztliche Professionalisierung der Suizidbeihilfe eröffnet sicherlich Chancen zur Kontrolle einer Praxis, die ansonsten "im Untergrund", mit erheblichen Belastungen und Risiken für alle Beteiligten ablaufen würde. Sie erfordert aber auch die Möglichkeit, hier konsequentes Lernen und, so makaber das klingen mag, auch eine Art "Qualitätssicherung" zu ermöglichen. Man kann nicht eine Praxis in den Handlungsbereich der ärztlichen Profession verlegen und dann deren angemessene Ausübung tabuisieren; das wäre irrational und widersprüchlich. Die Entscheidung wird zwischen Entweder und Oder verlaufen müssen: Entweder wünscht man eine kompetente Handhabung; dann muss es eine "Kunst" der Ausübung geben, oder man lehnt dies vollständig ab – mit den Folgen der Kriminalisierung oder Laisierung der Suizidbeihilfe.

4. Die Situation in der Schweiz

4.1 Zur öffentlichen Debatte und rechtlichen Situation

Die Themen des Assistierte Suizids oder der Sterbehilfe werden in der Schweizer Öffentlichkeit wahrgenommen und diskutiert; in den letzten paar Jahren hat hier jedoch wohl keine so große Erschütterung stattgefunden wie dies bei den Ereignissen um Vincent Humbert in Frankreich der Fall war, jenen jungen, in Folge eines Unfalls quadriplegischen, blinden und tauben Patienten, der zu sterben verlangte und dem seine Mutter diesen Wunsch durch Sterbehilfe erfüllte.² Dieses Schicksal beschäftigte die französische Politik und die Medien auch über seine menschliche Bedeutung hinaus so sehr, weil er die Frage aufwarf, ob solch tragische Dilemmas nicht eine Gesetzesänderung erforderlich machten. Die Frage einer Gesetzesänderung und einer Harmonisierung bestehender nationaler Gesetze wird auch im Europarat erneut kontrovers diskutiert, der sich bereits vor vier Jahren gegen die Lockerung des Verbots der Sterbehilfe ausgesprochen hatte und wo bis

² Euthanasie: le gouvernement ne changera pas la loi. LE FIGARO, 27./28. septembre 2003, p. 1; ÉTHIQUE. Euthanasie: Raffarin refuse de modifier la loi. LE FIGARO, 27./28. septembre 2003, p. 8; La famille "soulagée mais triste" après le décès de Vincent Humbert. LE FIGARO, 27./28. septembre 2003, p. 9

heute die Gegner liberaler Modelle wie etwa in den Niederlanden oder zum Teil auch der Schweiz in der Mehrheit sind.³

Im Gegensatz zu den Diskussionen über die Suizidbeihilfe, wie sie in Oregon, den Niederlanden oder anderen europäischen Ländern geführt werden und die sich auch in den Beratungen des Europarats niederschlagen, liegt der Fokus der Schweizerischen Debatte jedoch nicht primär auf der ärztlichen Mitwirkung an der Hilfe beim oder zum Sterben. Der Konflikt dreht sich hier vor allem um die Praxis von Laienorganisationen wie Exit oder Dignitas und anderen Gruppierungen, die sich die Erleichterung der Selbsttötung – ausdrücklich ohne Beteiligung der Ärzte – auf die Fahne geschrieben haben. So ermöglicht Exit den von ihren Vertretern so genannten "Assistierten Suizid", indem sie Mitgliedern auf Wunsch eine tödliche Dosis Barbiturat (Secobarbital / Pentobarbital) verschafft. Exit handelt gezielt auf einer nicht-medizinischen Grundlage, lehnt die Beteiligung von Ärzten als "medizinischen Paternalismus" ab und versteht ihre Hilfe als Sterbe-Beistand.

Der assistierte Suizid ist in der Schweiz – wie übrigens in den meisten europäischen Ländern - nicht verboten. Gemäß Strafgesetzbuch, Art. 115, ist Beihilfe zum Suizid (das Schweizerische Bundesgesetz wurde 1942 etabliert; vorher existierten nur kantonale Gesetze) nur dann strafbar, wenn sie aus "selbtsüchtigen" Motiven erfolgt. Kritiker der liberalen Praxis in der Schweiz wenden ein, dass diese Formulierung nicht geeignet sei, Missbrauch zu ahnden. Bis heute wurde in der Schweiz kein Arzt für seine Beteiligung an einem Suizid verurteilt; "selbtsüchtige" Motive waren nicht nachzuweisen und dürften auch in der Zukunft schwer nachweisbar sein. Aktive Sterbehilfe hingegen ist in der Schweiz klar verboten (Strafgesetzbuch, Art. 114).

Die Ärzteschaft steht dem eher reserviert, zumindest ambivalent gegenüber, wobei sich Einzelne durchaus unterstützend an den von Laienorganisationen "moderierten" Selbsttötungen beteiligen, indem sie das erforderliche Rezept ausstellen. Ärztliche Kompetenz steht laut Statuten nicht im Vordergrund der Laienorganisationen; sie steht ihnen auch nicht unbedingt zur Verfügung: Für die Laienorganisationen ist es nicht leicht, medizinische Fachkompetenz in ihre Reihen aufzunehmen – selbst,

³ Le Conseil de l'Europe hésite à se prononcer sur l'euthanasie. LE MONDE, 1. octobre 2003, p. 7

wenn sie dies wünschen, auf der Ebene der öffentlichen Auseinandersetzung scheint in der schweizerischen Ärzteschaft die Reserve noch weitgehend zu überwiegen. Die Kontroverse und Unsicherheit in der ethischen Beurteilung wird noch dadurch verstärkt, dass die Kantone ihre Freiheiten nutzen, voneinander deutlich abweichende Praxisformen zu etablieren und zu legalisieren. So ist die Stadt Zürich durch eine Regelung hervorgetreten, die vielfach als zu liberal und zu weitgehend kritisiert worden ist und auch in anderen Kantonen bisher keine Nachahmung gefunden hat. Hier ist es erlaubt, als Bewohner einer Institution der Pflege (Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltdepartements) Besuch von "Sterbehelfern" der entsprechenden Laienorganisationen zu empfangen und unter bestimmten Bedingungen, die teilweise durch die internationalen Beispiele in den Niederlanden bzw. Oregon beeinflusst sein mögen, seine Selbsttötung durchzuführen.⁴ - Erste Fälle, in denen solche Formen der Selbsttötung auch in Zürcher Kliniken erfolgt waren, wurden in den Medien überwiegend kritisch kommentiert und mit massiven Widerständen, insbesondere aus der Krankenhauseelsorge, unter Berufung auf die Beeinträchtigung von Mitpatienten beantwortet. - Mit der Regelung wird festgelegt, dass die Selbsttötung in Pflegeeinrichtungen auf eine Weise zu geschehen habe, die andere Bewohner des Heimes nicht beeinträchtigt; sie dürfe beispielsweise nicht im selben Zimmer mit einem anderen Bewohner/Patienten geschehen.

Im Unterschied zu kritischen Stimmen aus einer eher restriktiven Position wird aber auch der umgekehrte Vorwurf geltend gemacht, diese Zürcher Regelung sei mit einer unangemessenen "Bürokratisierung" des Sterbens verbunden, leiste letztlich keinen Beitrag zum Lebensschutz und schränke die Freiheitsrechte der Betroffenen in inakzeptabler Weise ein: "Die Zürcher Regelung wird in der Praxis so restriktiv verstanden, dass das Kriterium der 'unheilbaren Krankheit' (und der Beginn des Sterbevorgangs) vorausgesetzt wird, obwohl diese begriffliche Verengung der Sterbehilfe mit der materiellrechtlichen Zulässigkeit der Suizidunterstützung kollidiert", schreibt der Jurist Gunther Arzt (2003, S. 589). "Die hier anhand des Zürcher Modells skizzierten formellen Kriterien lassen sich in fast beliebiger Weise ausbauen. Angesichts der vom BverfG (Bundesverfassungsgericht, Anm. SRT) dem demokratischen Gesetzgeber oktroyierten Bürokratisierung des Schwangerschaftsabbruchs erscheint mir die Bürokratisierung der Sterbehilfe

⁴ www.stadt-zuerich.ch/kap.01/medienmitteilungen/sterbehilfe/index.htm

unausweichlich. Auch diese Bürokratisierung wird die Beteiligten massiv belasten, ohne zum Schutz des Lebens wirklich etwas beizutragen. Wenn zum Schutz des Lebens so hohe bürokratische Lücken aufgebaut werden, dass sich der Sterbewillige zum Weiterleben gezwungen sieht, weil die administrativ-juristischen Hürden, die einer missbräuchlichen Sterbehilfe vorbeugen sollen, auch eine erlaubte Sterbehilfe zu mühsam machen, dann muss dies zur Konkurrenz zwischen legaler bürokratischer und illegaler unbürokratischer Sterbehilfe führen" (Arzt 2003, S. 591f).

Es ist interessant, dass ein Jurist wie Gunther Arzt nicht etwa den Gedanken einer "Medikalisierung" der Sterbehilfe oder der Suizidbeihilfe thematisiert und als Paternalismus kritisiert, wie die Laienorganisationen dies tun, sondern die "Bürokratisierung" als einen Modus der Kontrolle anprangert, der eher in die Domäne der Rechtsgelehrten oder Ordnungspolitiker gehört als in die der Heilkundler. Dabei weist das Zürcher Modell durchaus eine Komponente der Medikalisierung auf, da neben anderen Aspekten auch eine fachliche Aufsicht oder Begleitung der Entscheidung zur Suizidbeihilfe vorgesehen ist: "Falls das 'Betreuungsteam' (im Heim; Anm. SRT) Zweifel an der Urteilsfähigkeit der Person hat, die einen organisierten Suizid plant, muss ein vom Heim unabhängiges Team (Arzt plus Pfleger) eingeschaltet werden. In allen Fällen 'sucht die Leitung ... mit der suizidwilligen Person das Gespräch und empfiehlt ihr den Beizug einer unabhängigen Fachperson' " (Arzt 2003, S. 588). Unter ausschließlicher Orientierung an Freiheitsrechten orientierten ethischen Überlegungen mag man diese Verfahrensregulierung oder Standardisierung kritisieren, sei es wegen ihres bürokratischen, medizinischen, paternalistischen oder professionalistischen Charakters. Unter dem Aspekt der Vermeidung von folgenschweren Irrtümern, z.B. über die wahrgenommene Ausweglosigkeit der Lage der suizidwilligen Person oder über ihre vermutete Entscheidungsfähigkeit und im Interesse einer Handlungssicherheit der Verantwortlichen in der Institution, spricht dagegen viel für die Etablierung allgemeiner Regeln, die eine Prozeduralisierung bewirken und damit eine gewisse Unabhängigkeit von situativer und persönlicher Willkür erschließen können.

Aber selbst dann, wenn man das Freiheitsrecht der Selbsttötung grundsätzlich und auch in der Praxis respektiert und sich Modellen und Erfahrungen aus Oregon oder den Niederlanden öffnet, bleiben in der aktuellen Situation in der Schweiz – nicht nur

in der Stadt Zürich - aktuell mehrere Brennpunkte bestehen, die zu ethischen Kontroversen Anlass geben und die nach einer Klärung und Befriedung verlangen.

(1) Es kommt vor und lässt sich – bisher - nicht ausschließen, dass der verschreibende Arzt den Antragsteller nicht kennt, nicht kennen lernt und auch die Krankenakte nicht studiert. Zu dieser Einschätzung kommen auch nach dem Untersuchungszeitraum der Pilotstudie von Frei et al (2001) weitere überregionale Arbeitsgruppen in der Schweiz.⁵

(2) Fließende Übergänge oder Grauzonen zwischen Assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe können auftreten, ohne dass es legale oder ethische Lösungen für die entstehenden Konflikte gäbe: Wenn – wie bei den von Groenewoud et al (2000) für die niederländische Praxis berichteten Komplikationen – nach der vollständigen oder unvollständigen Einnahme des Mittels nicht der Tod, sondern etwa Bewusstlosigkeit eintritt, ist das weitere Vorgehen unklar oder zumindest konfliktbehaftet und stellt alle Anwesenden vor unlösbare Probleme. Eine "Nachhilfe", die im Sinne des Sterbewunsches aktiv wird, dürfte den Tatbestand der verbotenen aktiven Sterbehilfe erfüllen, da zumindest die Tatherrschaft des Betreffenden (zweites Kriterium gegenüber der Entscheidungsfähigkeit) nicht mehr gegeben sein wird.

(3) Aus derselben Komplikation des nicht eintretenden Todes bei versuchtem Suizid kommt es unter Umständen zum Rettungseinsatz mit nachfolgender Einlieferung in die Notaufnahme. Ein Mensch, der sein Leben "in Würde und Ruhe" und selbstbestimmt beenden wollte, wird zum Patienten, der nicht sterben konnte und nun nach den Regeln ärztlicher Kunst behandelt und ggf. am Leben erhalten werden muss, auch wenn er bereits schwerst geschädigt sein mag. Auch für die Behandelnden und Pflegenden stellen sich hier Herausforderungen, in denen ethische Konflikte unvermeidlich sind. (Von diesen Überlegungen explizit ausgenommen sollen die verdienstvollen Bemühungen sein, Suizidenten zu retten, bei denen eine faire Chance besteht, dass sie nach ihrer Rettung, evtl. mit Hilfe von Behandlungsangeboten, wieder Hoffnung und Lebensmut schöpfen, was häufig der Fall ist.) Hier sind vorausschauende Orientierungshilfen, Handreichungen, Beratungsformen angezeigt.

⁵ Ergebnisse wurden z.B. bei der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin im August 2003 in Riehen bei Basel vorgestellt und diskutiert.

(4) Die Berufsgruppe der Pflegenden fordert mit Recht ihre bisher unzureichende Beteiligung an der Diskussion über – ärztliche – Suizidbeihilfe ein; Ärzte, Pflegende und Psychologen verlangen entsprechende Hilfestellungen.⁶ Solche werden beispielsweise im Rahmen von Trainingskursen zum Klinischen Ethik-Konsil erarbeitet (zum Ethik-Konsil siehe Reiter-Theil 2000, 2001, 2003a, b).

(5) Schließlich soll als Brennpunkt noch die Kontroverse erwähnt werden, ob die Sterbehilfe-Laienorganisationen Zugang zu Krankenhäusern erhalten sollen, wie dies in Pflegeinstitutionen in Zürich der Fall ist, oder nicht. Im Interesse einer Kontrolle und Begleitung mit ärztlicher Fachkompetenz – nach einer konsequenten Einzelfallprüfung - wäre diese Entwicklung diskutabel; aber gerade der "Anti-Paternalismus" der Laienorganisationen dürfte dem im Wege stehen, wollen deren Repräsentanten doch ihre Kompetenz auf die so verstandene "Sterbegleitung" nicht abgeben oder teilen. Aber als reine "Gastgeber" und Erfüllungsgehilfen für Suizide und die entsprechenden Vereine sollten Krankenhäuser aus ethischen Gründen ausscheiden; sie würden sonst ihre Hoheit und Verantwortung über Handlungen für und "an" den ihnen anvertrauten Patienten abgeben.

4.2 Ethische Brennpunkte im Lichte von zwei Studien zur Suizidbeihilfe

Bis heute ist die Pilotstudie (Frei et al 2001) über 43 konsekutive Exit-Suizide in der Region Basel aufschlussreich, auch wenn erste Anzeichen dafür bestehen, dass Exit bestimmte Vorbehalte gegenüber ihren Vorgehensweisen aufgenommen hat. Zum Untersuchungszeitpunkt stellten die Autoren fest, dass Exit die Begehren verschiedener Interessenten auf Suizidassistenz akzeptiert und umgesetzt hatte, die gar nicht den in ihren eigenen Statuten formulierten Bedingungen entsprachen. Diese Statuten sehen und sahen bereits in den Neunzigerjahren vor, dass Suizidassistenz nur dann gewährt wird, wenn die Person schwer erkrankt und leidend ist und wenn davon auszugehen ist, dass sie ihre Entscheidung aus freien Stücken gebildet hat. Dem gegenüber schreiben Frei et al (2001), dass

- in 26 % der retrospektiv untersuchten Fälle keine ernsthafte hindernde oder terminale Erkrankung (laut Akten) festzustellen war, hingegen

⁶ Ich danke den TeilnehmerInnen am Ethik-Seminar (2003) des Städtischen Klinikums Nürnberg für ihre engagierte und differenzierte Diskussion des Themas.

- in 14 % frühere psychiatrische Behandlungen laut Krankengeschichte vorlagen, die jedoch vom Suizidenten nicht erwähnt worden waren; des Weiteren wurde erkennbar, dass
- die auch hier für das Ausstellen des Rezeptes notwendige ärztliche Mitwirkung ohne Standards und Kontrolle erfolgte (Frei et al 2001).

Besonders der letzte Punkt gibt Anlass zum Nachdenken, denn die beiden ersten könnten durch entsprechende Sorgfaltsmaßnahmen – "technisch" - abgemildert oder gelöst werden. Was ist davon zu halten, wenn Laienorganisationen eine Hilfe anbieten, die frei von medizinischem Paternalismus sein soll, aber aus offensichtlichen Gründen dennoch auf die Mitwirkung von Ärzten angewiesen bleibt? Diese Ärzte wiederum müssten, um – auch wenn man dies medizinethisch kontrovers beurteilen kann – fachlich einigermaßen kompetent und ethisch vertretbar zu handeln, die Person (um den Ausdruck "Patient" zu vermeiden) sehen, sprechen und sich davon überzeugen, dass hier nicht vordringlich "andere Hilfe" als Suizidassistenz angezeigt wäre. Dies trifft jedoch laut den Studienergebnissen keineswegs selbstverständlich zu. Bis heute kommen Fälle vor, in denen das Rezept ohne Kenntnis des Arztes der Person, ohne diesbezügliche Vergewisserung über die immerhin medizinischen Voraussetzungen - wie terminale Krankheit und schweres Leiden – an die Adresse der Laienorganisation ausgestellt werden. Wie sollte es auch anders sein, lautet hier die provokative Frage: Stellen wir uns vor, ein Arzt möchte höhere Standards realisieren und untersucht den Patienten, kommt aber zu einer zweifelhaften Einschätzung, die dieser nicht übernehmen will. Oder: Der Arzt kommt zu einer Übereinstimmung mit dem Antragsteller, dass dessen Leiden durch Suizidassistenz ein Ende gesetzt werden soll und darf. In beiden Fällen wird er sich in einen Vorgang verwickeln, der sich belastend entwickeln und konflikthaft eskalieren könnte, der von seiner Fachgesellschaft wahrscheinlich höchst ambivalent wenn nicht klar ablehnend beurteilt wird, ihm Schaden an seiner Reputation einbringen kann und mit dem er selbst auch kaum ins Licht der Öffentlichkeit geraten möchte. Die Schlussfolgerung daraus lautet bedauerlicher Weise, dass schweizerische Ärzte gut daran tun, wenn sie – sofern sie aus Überzeugung das Freiheitsrecht der Selbsttötung unterstützen wollen – dies heimlich und hinter verschlossenen Türen, und vor allem praktisch anonym ohne Kontakt zu der bedürftigen Person durchführen sollten. Dies bringt sie jedoch in Widerspruch zu den Idealen der Arzt-Patienten-Beziehung, die ja auch dann gelten sollen, wenn "der

Patient" mündig und momentan nicht behandlungsbedürftig ist oder eine vorgeschlagene Behandlung vielleicht ablehnt. Der Widerspruch zwischen der öffentlichen Amivalenz der Ärzteschaft einerseits und der inoffiziellen Kooperation mit den Befürwortern des Assistierten Suizids ist jedoch gut belegt.

Eine bekannte niederländische Arbeitsgruppe um van der Maas initiierte eine neue Kooperationsstudie zum Vergleich der Praxis der Sterbehilfe bzw. Suizidbeihilfe in fünf Ländern der Europäischen Union mit ganz unterschiedlichen Traditionen – Belgien, Dänemark, Italien, Niederlande, Schweden - und der Schweiz, die sogenannte EURELD Study (van der Heide et al 2003). Greifen wir zunächst die Zahlen aus der Schweiz über die Todesfälle, die durch Assistierten Suizid erfolgen, heraus: 0,4 % aller Todesfälle in der Deutschschweiz (nur dieser Teil, der etwa die Hälfte der Gesamtbevölkerung ausmacht, wurde in die Untersuchung einbezogen) erfolgen durch Assistierten Suizid, das sind 200 Fälle pro Jahr. - Dem gegenüber sind es im Staate Oregon seit der Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe pro Jahr 28 Fälle, wobei die Gesamtbevölkerung von Oregon die gleiche Größe hat wie die der Deutschschweiz, also quantitativ vergleichbar ist. Im Gegensatz zu Oregon aber, wo es sich stets um *ärztlich* assistierte Suizide nach dem oben beschriebenen Verfahren geht, sind diese von Ärzten unterstützten, oder besser gesagt begleiteten Selbsttötungen in der Schweiz selten: 92 % aller dokumentierten Assistierten Suizide im Untersuchungszeitraum in der Schweiz waren durch Laienorganisationen zustande gekommen.

Die Autoren berichten aber auch über Fälle von aktiver Sterbehilfe, nicht nur in den Niederlanden, wo diese legalisiert erfolgen kann, sondern auch in der Schweiz, wo diese verboten ist; sie fanden gegenüber der bereits relativ hohe Zahl an Assistierten Suiziden die doppelte Zahl an Fällen illegaler aktiver Sterbehilfe, also 400 pro Jahr in den retrospektiv ausgewerteten Krankenakten (van der Heide et al 2003). Auch dieser Befund stützt die Einschätzung, dass die Ärzteschaft hier die Schwierigkeit hat, gleichsam "in zwei Welten" zu leben und zu handeln, in der offiziellen einerseits und der inoffiziellen andererseits. Eine solche Situation setzt die Betroffenen enormen Widersprüchen und Konflikten aus, die sich sehr belastend auf die berufliche und persönliche Haltung auswirken dürften.

Die Ergebnisse der EURELD-Studie wurden in den Schweizer Printmedien rezipiert, jedoch ohne große Erregung.⁷ In der Berichterstattung und Kommentierung wurde die Praxis der Suizidbeihilfe in der Schweiz erwähnt; so geht der Tages-Anzeiger explizit darauf ein, dass die Schweiz hier "international die Spitzenreiterrolle innehat" (vgl. Fußnote 8, 3.); jedoch befindet die Basler Zeitung angesichts der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe durch die Niederlande und Belgien, "die Ergebnisse relativieren ein wenig den Stellenwert der viel diskutierten Suizidbeihilfe" (siehe Fußnote 8, 1.). Die in der Schweiz doppelt so häufig dokumentierte illegale aktive Sterbehilfe (gegenüber der nicht verbotenen Suizidbeihilfe) wird im Artikel der Basler Zeitung mit dem Zitat eines Rechtsmediziners ebenfalls relativiert: "bei der aktiven Sterbehilfe gehe es in der Schweiz meistens nicht um die Verkürzung des Lebens um Wochen oder Monate, sondern höchstens noch um Stunden" (siehe Fußnote 8, 1.).

Aus der Perspektive der Ethik in der Medizin wären allerdings viel eher qualitative ethische Kriterien zur Rechtfertigung geeignet: nämlich Kriterien wie

- a) dass der Patient oder sein legitimierter Stellvertreter dies so gewünscht hätten
- b) dass unerträgliches Leiden des Patienten Linderung verlangt habe
- c) dass der Sterbeprozess bereits im Gang gewesen sei und nicht habe verlängert werden sollen oder
- d) dass auf diese Weise Wertvorstellungen des Patienten und evtl. seiner Bezugspersonen auf ein Sterben in Würde besser hätten realisiert werden können.

"Quantitative Kriterien" (z.B. "nur wenige Stunden") sind wenig geeignet, bei prinzipiellen ethischen Fragen zur Klärung beizutragen, der Versuch wirkt eher so, als werde der Wertkonflikt nicht anerkannt. Auch unter restriktiven normativen Bedingungen sind Rechtfertigungen z.B. für eine Leidenslinderung, die ein vorzeitiges Versterben des Patienten "in Kauf nimmt", möglich; es ist weder

⁷ Z.B.

1. "In der Schweiz ist Sterbehilfe normal." BASLER ZEITUNG, 19. Juni 2003

2. "Brisante Zahlen zur aktiven Sterbehilfe in der Schweiz." TAGES-ANZEIGER, 19. Juni 2003, S. 1

3. "Gefragt oder ungefragt vom Arzt getötet." TAGES-ANZEIGER, 19. Juni 2003, S. 11

notwendig, noch angemessen, die auf dem Spiel stehenden ethischen Fragen argumentativ einzusparen oder auszulassen.

Neueren Entwicklungen zufolge sollen in der Schweiz die indirekte aktive und die passive Sterbehilfe gesetzlich geregelt, die Palliativmedizin gefördert werden.⁸ Die Rechtskommission des Nationalrates unterstützte mit knapper Mehrheit (12 zu 11) eine Ständeratsmotion, die dies verlangt. "Nach Ansicht der Kommission tut sich zwischen diesen Formen und der strafbaren aktiven direkten Sterbehilfe aber eine gefährliche Grauzone auf. Die Minderheit lehnt die Motion ab. Diese sei derart offen formuliert, dass nicht ersichtlich sei, in welche Richtung die Gesetzgebung gehen müsse. Die Legalisierung der indirekten aktiven Sterbehilfe fördere die aktive direkte Sterbehilfe" (NZZ, 2003, S. 17). Es wird zu prüfen sein, ob dieses Risiko als schwerwiegender zu gewichten ist als die in der EURELD-Studie bereits empirisch nachgewiesenen illegalen Übertretungen der Grauzone (van der Heide et al 2003).

5. Relevante Befunde aus empirischen Studien zum Umgang mit Sterben und Tod

Was wissen wir über die Einstellungen der Bevölkerungen zu diesen bewegenden Fragen? Christina Schröder und Ko-Autoren (2003) haben in einer repräsentativen Befragung in Deutschland herausgefunden, dass die Akzeptanz verschiedener Formen der Sterbehilfe sowie der Beihilfe zum Suizid in der Bevölkerung differenziert und teilweise ambivalent bis ablehnend ausfällt. Damit wollten sie Meinungsumfragen, die auf einer eher reduktionistischen Basis voreilig von einer Akzeptanz der Tötung auf Verlangen berichteten, falsifizieren. Je nach Vorgehensweise konnten Auftraggeber nämlich entweder hohe Ablehnungs- oder hohe Zustimmungsraten erheben (z.B. die Umfrage der DGHS / Dt. Gesellschaft für Humanes Sterben ermittelte ein Ergebnis "pro" wachsende Zustimmung, während die Dt. Hospiz Stiftung eine abnehmende Zustimmung der Befragten über den Untersuchungszeitraum feststellte). Schröder und Ko-Autoren fanden in ihrer Befragung heraus, dass etwas mehr als die Hälfte des repräsentativen deutschen Bevölkerungsquerschnitts die Beihilfe zur Selbsttötung als Aufgabe des Arztes ansieht, während etwas weniger als die Hälfte dem widerspricht. Es gibt jedoch, unabhängig von Ausbildungsstand, Alter und sogar Gesundheitszustand kaum – nur

⁸ Dies berichtet die NEUE ZÜRCHER ZEITUNG, 17./18.1.2004, S. 17.

zwischen 3 und 6 Prozent - Befragte, die sich zu dem Zeitpunkt vorstellen können, ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, während es sich immerhin bis zu 43 Prozent der Befragten mit einem schlechten Gesundheitszustand vorstellen könnten, passive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Die anderen Formen der Sterbehilfe wie indirekte (aktive) und direkte aktive Sterbehilfe rangieren niedriger, wobei die vorgestellte Inanspruchnahme der direkten aktiven Sterbehilfe noch höher liegt als die der indirekt aktiven. Die Vorstellung, man werde die eine oder andere Form der Begleitung selbst weder brauchen noch wünschen, muss also nicht bedeuten, dass man deren Zulässigkeit kritisch beurteilt. Die Ergebnisse belegen vielmehr, dass die deutsche Bevölkerung in weiten Teilen die Auffassung vertritt, man solle auch Dinge zulassen und regeln, die man selbst am liebsten gar nicht in Anspruch nehmen möchte. Schröder und Ko-Autoren bezeichnen dieses Hauptergebnis mit Recht als ein nicht polarisiertes, sondern "differenziertes öffentliches Meinungsbild zum Thema ärztliche Sterbehilfe".

Was folgt nun aus einem empirischen Befund, nach dem ein repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung diese oder jene Präferenzen in Bezug auf ein so persönliches und sensibles Thema wie Sterben hat? Können und sollen empirische Ergebnisse überhaupt Wirkung auf normative und ethische Beurteilungen haben? Sie können, sofern die Bedingungen und die Ebenen differenziert werden. Wenn wir Personen, die Autonomie über ihre eigene Existenz innehaben, zu Fragen dieser Existenz anhören, so hat dies keinen beliebigen Charakter. Die Antworten müssen ernst genommen werden, beispielsweise von der Politik und vom Gesetzgeber, der gewachsene Lebensformen ja häufig erst nachträglich in geltendes Recht zu verwandeln hat. Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass nicht jedwede "Mehrheitsmeinung" geeignet ist, in das Rechtssystem eines Gemeinwesens aufgenommen zu werden; das hängt unter anderem auch davon ab, ob diese Position mit der Verfassung des Staates kompatibel ist, wie es um den Schutz der Minderheit bestellt wäre, die gegen diese Position ist usw. Die Relation zwischen Ethik, insbesondere der Angewandten Ethik in ihrer engen Verbindung mit Praxisfeldern wie der Medizin einerseits, und der Empirie, der wissenschaftlichen Forschung und ihren Ergebnissen andererseits, muss heute nicht nur ohne Vorurteile reflektiert werden, wie etwa Putnam (vor allem am Beispiel der Ökonomie) dargelegt hat (Putnam 2002). Sondern diese Relation erfordert auch aktive Gestaltung. Dies gilt auch für die Relation zwischen Angewandter Ethik oder Medizinethik und

Gesellschaft, respektive die Frage, "in welchen Formen der ethische Diskurs in einer Gesellschaft zu organisieren ist" (Düwell und Steigleder 2003, S. 34).

Empirische Ergebnisse sollen auch von der Ethikdiskussion zur Kenntnis genommen werden; nur so kann gewährleistet werden, dass Realität und ethische Reflexion in einem dynamischen Naheverhältnis stehen und bleiben (Reiter-Theil 2004). Allzu einfache "Ableitungen" aus Fakten in die Sphäre des Wünschenswerten stellen jedoch Denkfehler und klassische Fehlschlüsse dar, die zu vermeiden sind. Enthüllen aber Studien beispielsweise, dass stillschweigend oder offen gegen geltendes Recht verstoßen wird, ohne dass dieses Konsequenzen hat, so ist dies ein ernst zu nehmender Anlass für eine öffentliche Debatte; diese sollte dem Ziel dienen, dem naturwüchsigen Auseinanderdriften zwischen Norm und Wirklichkeit eine alternative Gestaltung entgegenzusetzen. Andernfalls müsste man sich als Bürger einer demokratischen Gesellschaft, deren Grundwerte es verdienen verteidigt zu werden, dafür mitverantwortlich fühlen, wenn die für alle verbindlichen Grundlagen dieses Gemeinwesens unterhöhlt würden, wenn Gesetze nur als ungefähre Anhaltspunkte, über die man sich bei Bedarf auch hinwegsetzen kann, betrachtet würden, ohne dass man sich der Anstrengung unterzieht, für eine vielleicht notwendige Reform der Gesetze auch aktiv einzutreten.

Ein renommierter Vertreter der amerikanischen Medizinethik, Experte für Fragen am Lebensende, Daniel P. Sulmasy, hat eine interdisziplinäre Forschung, speziell zu Fragen der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe gefordert (2001), die "hinter die Zahlen" schaut, die auf empirische Daten baut und Bezug nimmt, aber vornehmlich spezifische Einsichten erbringt, die auf qualitativen Forschungsverfahren basiert (S. 258). Solche Studien wurden in den Arbeitsgruppen der Autorin seit 1998 durchgeführt, wobei die Entwicklung und Adaptierung geeigneter methodischer Vorgehensweisen einen wichtigen Raum eingenommen hat (Reiter-Theil 2004). Zu den Brennpunkten der Sterbehilfe-Thematik, einschließlich der Sterbebegleitung und der Suizidbeihilfe, sollen hier einige zentrale Ergebnisse beigezeichnet werden, die aus medizinethischer Sicht erhellend sein können.

So erbrachte eine in unserer Arbeitsgruppe betreute psychologisch-ethische Diplomarbeit, dass niedergelassene und Krankenhausärzte im Land Baden-Württemberg noch Ende der 90er-Jahre wenig Erfahrungen in der Zusammenarbeit

mit Einrichtungen der Palliativmedizin hatten und solche auch wenig kannten. Ärzte berichteten, dass ihnen die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Patienten und die damit verbundenen Entscheidungen der Therapiebegrenzung zwar mit zunehmender Berufserfahrung weniger schwer fielen, dass sie hier aber insgesamt einen klaren Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf sahen; auch erlebten sie sich bei der Betreuung der Angehörigen oft als überfordert (Wünsch et al 2001). Die Begleitung von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen stellt also eine Herausforderung dar, die, wenn sie gelingen soll, auch gelernt werden muss. Solange der Prozess des Lebensendes und die Sterbephase bei den Betroffenen Ängste auslöst, auf überforderte Ärzte angewiesen zu sein, wird eine geeignete Vorbereitung und das Vertrauen in einen gelingenden Abschied vom Leben schwer zustande kommen. Dies mag die Idee von einem besseren Sterben durch eine Selbsttötung unterstützen. Für das Vertrauen in die ärztliche Begleitung bis zum "Ende" spielen Wahrhaftigkeit und Gespräch eine große Rolle (Reiter-Theil 1998).

Während nach einer aktuellen Studie in der Onkologie am Klinikum München-Großhadern Ärzte mit den Patienten kompetente Gespräche über die Diagnose "Krebs" und die möglichen Behandlungen führen, die auch die ethischen Kriterien des "Informed Consent" erfüllen, lässt diese Bereitschaft oder Fähigkeit auf beiden Seiten, aber eben auch auf Seiten der Ärzte nach, wenn die Behandlungsmöglichkeiten an ihr Ende kommen, wenn es um Fragen der Sterbegleitung geht. Man mag fordern, dass jeder Mensch sich selbst mit seiner Endlichkeit auseinandersetzen muss; aber die behandelnden und Betreuenden haben doch gegenüber dem oft vor der Zeit mit dem Lebensende konfrontierten leidenden Kranken eine "Bringschuld" der Unterstützung und Begleitung, die sie oft genug selbst nicht gelernt haben oder als Überforderung erleben (Reiter-Theil et al 2003). Dieser empirische Befund zeigt, dass die ethische Idealvorstellung, gemäß der sich ein Patient nach einer langen schweren Krankheit auf sein Sterben vorbereiten kann, dann nicht unterstützt wird, wenn Ärzte sich der Thematik nicht stellen wollen oder können, wenn sie den Patienten über sein Sterben im Unklaren oder damit allein lassen. Der Dialog zwischen Arzt und Patient muss auch über das Thema Sterben kompetent und einfühlsam geführt werden, sonst ist die notwendige Vertrauensbasis zwischen beiden nicht gegeben; Patienten werden dann, wenn sie noch Zeit haben, nach alternativen Wegen suchen, einen persönlichen Tod oder

"ihren" Weg zu finden und vielleicht die Selbsttötung als eine Möglichkeit größerer Sicherheit durch mehr Kontrolle ansehen (Reiter-Theil 2003a).

Nicht nur in der Betreuung der chronisch kranken Menschen, sondern auch in Akut-Situationen kann die unzureichende Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod verhängnisvoll sein. Dies ist der Schwerpunkt unserer überregionalen Arbeitsgruppe zur Ethik in der präklinischen Notfallmedizin (Hick et al 2000). Es werden im deutschsprachigen Raum bisher wenig etablierte und nicht unbedingt akzeptierte Möglichkeiten diskutiert, den Willen eines Patienten auf Verzicht einer Wiederbelebung umzusetzen, beispielsweise mit verschiedenen Varianten der Voraus-Entscheidung (Hick et al 2003; vgl. auch Sass und Kielstein 1995). Eine potenziell lebensrettende Behandlung zu unterlassen, wenn dies der Patient wünscht, fällt vielen (Notfall-) Medizinern oder Sanitätern schwer; die Entscheidungsunsicherheit in der rechtlichen Grauzone wird zum Problem. Als Ausweg kommt die Option in Frage, auch Patienten, bei denen eine Reanimation begonnen wurde und auch "effektiv" war, aber beispielsweise zu einem vegetativen Zustand geführt hat, nach sorgfältiger Klärung der Rahmenbedingungen doch seinem Wunsch entsprechend versterben zu lassen, wie man eben nicht immer "B" sagen muss, wenn zuvor "A" gesagt worden ist. Wenn das initiale Unterlassen mit zu hohem Irrtumsrisiko behaftet ist, so muss zumindest das Beenden als ethisch akzeptable Handlungsoption im Sinne des Patientenwillens bzw. bei einer Sinn- und Würdelosigkeit der Lebenserhaltung verlässliche Praxis werden. Dieses fällt auch Intensivmedizinern häufig schwer (Reiter-Theil, Lenz 1999; Reiter-Theil 2003b). Eine entsprechende empirische Untersuchung der Entscheidungsstrukturen und Probleme in der präklinischen Notfallversorgung wird zurzeit im Rahmen einer medizinischen Dissertation von Katharina Lindner in Basel unternommen.

Auch zur Entscheidungsfindung bei Therapiebegrenzung in der Geriatrie und der chirurgischen Intensivmedizin werden zurzeit in Basel Studien mit (Förderung des Schweizer Nationalfonds) durchgeführt, die empirische Beiträge zur ethischen Analyse der Situation leisten (Bühler, Reiter-Theil im Druck/2004). Dabei können beispielsweise Fragen untersucht werden, inwieweit bestimmte Konstellationen oder Behandlungsmodalitäten die Entscheidungen beeinflussen; so fand Sabine Beck (2002) im Rahmen ihrer medizinischen Dissertation über ethische Fragen in der internistischen Intensivmedizin heraus, dass das Abstellen der mechanischen

Beatmung von den befragten Ärzten häufig als verboten bzw. als "aktive Sterbehilfe" eingeschätzt wurde, obwohl dies – auch in Deutschland - so nicht zutrifft. Entsprechend zurückhaltend gehen sie mit dieser Form der Beendigung einer lebenserhaltenden Therapie um. Patienten fürchten eine "Lebenserhaltung um jeden Preis", nicht ganz zu Unrecht, wie diese Studie zeigte. Mehr Aufklärung, mehr Offenheit über die Probleme auf dem Weg des Sterbens bis zum Tod ist notwendig, um die Sterbegleitung als einen angemessenen und selbstverständlichen Weg zu etablieren, vor dem man nicht in die Selbsttötung ausweichen muss.

6. Richtlinien und Hilfestellungen für die ethische Orientierung

Welche Hilfestellung für die ethische Orientierung bieten nationale oder grenzüberschreitende Richtlinien? Gesetze werden unsere ethischen Fragen in der Regel nicht beantworten, sondern uns lediglich Leitplanken für die Grenzziehung zwischen dem Zulässigen und dem Verbotenen, dem Strafbaren bieten; steuern und lenken müssen wir uns aber selbst. Gerade in der Medizin und besonders an der Grenze zwischen Leben und Sterben, zwischen einer Hilfe als Lebenserhaltung und einer Hilfe als Sterbeerleichterung, wartet man wohl vergeblich darauf, dass einfache juristische Konzepte einen von der Verantwortung und Fehlbarkeit befreien mögen.

Schüttauf (2003) zeichnet in seiner rechtshistorischen Untersuchung zum Suizid nach, wie die Tradition der Freiheit zur straflosen Selbsttötung in der deutschen und französischen Aufklärung entstanden ist und Schritt für Schritt rechtlich durchgesetzt wurde: im Jahr 1751 durch Friedrich II in Preußen und 1791 durch das Revolutionsparlament in Frankreich, schließlich 1870 im neuen Reichsstrafgesetzbuch für das gesamte Deutsche Reich (S. 90). Konsequenter Weise fällt heute nach herrschender Meinung nicht die Mitwirkung als solche an einer Selbsttötung, die ja straffrei ist, unter das Strafgesetz. Wenn überhaupt eine Strafbarkeit geltend gemacht wird, dann ist es die anschließend unterlassene Hilfeleistung, sobald der Suizident die Kontrolle über den Tathergang verloren hat, die den Beteiligten – insbesondere den Arzt - zur Rechtfertigung zwingt.

Das Unterlassen einer Hilfeleistung (der Versuch der Lebensrettung) kann laut einem Urteil des (Deutschen) Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 1954 (Schüttauf, S. 95, Fußnote 29) demnach ebenso wie ein Tun (die Tötung) bestraft werden, "wenn der

Nicht-Handelnde eine sogenannte Garantenstellung einnimmt", schreibt Schüttauf (S. 96). Wenn ärztliche Fachgesellschaften oder standesethische Kodizes die ärztliche Beteiligung an einer Selbsttötung grundsätzlich und ohne Ausnahme ächten, verbieten oder als strafbar behandeln, so stützen sie ihre Position analog zu dieser Argumentationslinie ab. Dabei bleibt jedoch unberücksichtigt, dass diese Argumentationslinie in der Scientific Community des Strafrechts - jedenfalls des deutschsprachigen – keine ungeteilte Zustimmung findet, im Gegenteil: "Gegen diese vom Bundesgerichtshof vertretene Konstruktion richtet sich nun die heftige Kritik der ganz herrschenden Lehre", so Schüttauf (S. 96). Trotz der eigenen und unabhängigen Rechtsgeschichte der Schweiz finden wir jedoch genau diesen Konflikt, der als so typisch für die deutsche Debatte über die Beihilfe zum Suizid in der Ärzteschaft, der Jurisprudenz und in der Öffentlichkeit gelten kann, auch hier wieder, und zwar in der aktuellen Diskussion ihrer einschlägigen Richtlinien.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ist in den letzten Jahren mit einem hohen Engagement für medizinisch-ethische Richtlinien hervorgetreten und hat hier wegweisende Arbeit geleistet. Für unser Thema relevant sind die "Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten", die am 24.2.1995, verabschiedet worden sind. In der Zwischenzeit wurde aus guten Gründen eine Revision eines ersten Teils dieser Richtlinien vorgenommen, um die Behandlung der Patientengruppe der "zerebral schwerst geschädigten Patienten" von derjenigen der "sterbenden Patienten" zu unterscheiden. Zenz hat diese neuen Richtlinien, die der Selbstbestimmung und damit der Achtung vor dem Patientenwillen auch und gerade auf eine Beendigung der Behandlungsversuche deutlich mehr Gewicht einräumen als die früheren und die Palliativmedizin stützen, in der Süddeutschen Zeitung ausdrücklich gegen Kritik verteidigt (2003). Mit der Ausdifferenzierung dieser neuen Richtlinie ist die Frage der ärztlichen Mitwirkung an einem Suizid auf den noch zu revidierenden zweiten Teil der künftigen Richtlinie verwiesen. Bisher lautet die noch gültige Position der SAMW zum ärztlich assistierten Suizid wie folgt:

"Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit. Der Arzt bemüht sich, die körperlichen und seelischen Leiden, die einen Patienten zu Suizidabsichten führen können, zu lindern und zu ihrer Heilung beizutragen.“ Diese Richtlinien sind „nach wie vor gültig“, bis die mit der Überarbeitung beauftragte Zentrale Ethik-Kommission

neue Richtlinien vorgelegt hat und diese vom Senat der SAMW verabschiedet worden sein werden. "Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Satz >Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit< in dieser absoluten Form keinen Bestand mehr haben wird."

Damit stehen Ärzte in der Schweiz in dem Konflikt zwischen einer traditionell angestammten Ächtung einer ärztlichen Mitwirkung am Suizid einerseits und andererseits einer heraufdämmernden Toleranz oder sogar möglichen Befürwortung einer Haltung, nach der es unter Umständen eine ethische Pflicht sein mag, einen Menschen in seiner Selbsttötung ärztlich zu begleiten, statt ihn sich selbst oder Laienhelfern zu überlassen. Wer heute nicht im Hintergrund als diskreter Kooperationspartner der Laienorganisationen nur ein Rezept ausstellt und anschließend seine Hände in Unschuld wäscht, sondern sich im Sinne einer "sprechenden Beziehungsmedizin" (um einmal diese Schlagworte zu verwenden) dem Leidenden zuwendet und ihm zugewandt bleibt, bis dieser verstorben ist, der riskiert für sich nachteilige Folgen schwer zu kalkulierenden Ausmaßes. Dieser Konflikt, der in Deutschland und anderen europäischen Ländern ähnlich ist, ist selbst ein ethisches Problem, weil er widersprüchliches Verhalten, inkonsistente Bewertungen und jenen Verlust an Vertrauen in die Ärzteschaft mit sich bringt, den zu verhindern die Ächtung der ärztlichen Suizidbeihilfe ja gerade angetreten ist.

Wenn die SAMW heute davon ausgeht, dass ihre nächste revidierte Fassung der "alten" Richtlinien zur Sterbebegleitung die Suizidbeihilfe nicht mehr kategorisch aus der ärztlichen Tätigkeit ausschließen wird, so wird damit ein großer Schritt getan zugunsten einer transparenteren und verantwortungsvollen Handhabung dieser "umstrittensten Frage der Menschheit" (in der Formulierung von Schüttauf 2003). Diese Haltung wird auch dann gelten und helfen können, wenn der eine Arzt den entstehenden Bewertungs- und Entscheidungsspielraum restriktiv, der andere aktiv nutzen will. Wenn die SAMW diesen Schritt tut, so bedeutet dies zugleich eine erkennbare Umorientierung in Bezug auf die Prioritätenordnung der zentralen ethischen Prinzipien. Sie entscheidet in dieser Frage anscheinend zugunsten des Primats der Selbstbestimmung und des Respekts vor der Autonomie gegenüber dem ärztlich-wohlmeinenden Helfen Wollen und den Pflichten der Schadensvermeidung und des Lebensschutzes, denen traditionell Vorrang eingeräumt worden war (Beauchamp, Childress 1994). Es ist anzunehmen, dass es vielen Ärzten und

Ärztinnen schwer fallen dürfte, diese Umorientierung in der Konsequenz einer ärztlichen Mitwirkung am Suizid mitzumachen – so wie es auch für Klinische EthikerInnen im Konsil eine schwierige Beratung bedeutet; aber generell, so dürfen wir annehmen, ist die Zeit in der Schweiz reif dazu, die Widersprüche und Polarisierung, die sich zwischen (Teilen der) Bevölkerung samt Laienorganisationen auf der einen Seite und Ärzteschaft auf der anderen Seite verfestigt hatten, auszuräumen zugunsten einer Verständigung und kompetenten Mitverantwortung.

In diesem Prozess einer Dialogentwicklung wird die ethische Reflexion als Entscheidungshilfe auf die Probe gestellt. Sowohl die Regelung der ärztlichen Suizidbeihilfe in Oregon als auch das Amsterdam-Modell sehen ausführliche Konsultationen der Ärzte vor den Entscheidungen pro oder contra Zulassung und Mitwirkung vor. Die grundsätzliche Auseinandersetzung mit den ethischen Fragen der Suizidbeihilfe sind in den beiden Ländern durch die Gesetzgebung dahingehend beantwortet worden, dass die Praxis unter den bestimmten Bedingungen zulässig, also gerechtfertigt ist, dass aber jeder einzelne Arzt, jede einzelne Ärztin seine bzw. ihre Entscheidung selbst zu treffen und zu verantworten hat. Dies enthebt die beteiligten Ärzte nicht etwa der Herausforderung, ethisch abzuwägen und zu argumentieren – im Gegenteil. Sowohl in Oregon als auch in den Niederlanden wird der Medizinethik als Teil der ärztlichen Kompetenz z.B. in der Ausbildung große Bedeutung beigemessen. Wenn in einem Land wie der Schweiz mit einer eingeführten Praxis des assistierten Suizids durch Laienorganisationen, die man zurzeit vielleicht als von der Ärzteschaft "halb-offiziell toleriert" bezeichnen kann, Entscheidungskonflikte auftreten, so gibt es, abgesehen vom Verfahren der Stadt Zürich bisher keine verlässlichen Regeln, nach denen vorzugehen wäre. Hier könnten Beratungsmodelle wie das Ethik-Konsil helfen, das zunehmend in und von Kliniken aufgebaut bzw. angefragt wird (Reiter-Theil 2000, 2001, 2003a). Ethik-Konsile werden gerade für Fragen in den Grauzonen zwischen Lebenserhaltung und Sterbebegleitung oder Entscheidungen der Therapiebegrenzung in Anspruch genommen, und auch in Ländern mit sehr restriktiver Praxis der ärztlichen Suizidbeihilfe wie Deutschland gehören hier durchaus Probleme um einen Sterbewunsch und die mögliche Suizidalität des Patienten dazu.⁹

⁹ Empfehlungen zum Arzt-Patient-Verhältnis am Ende des Lebens. In: Wienke A, Lippert H-D (eds) Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte. Springer, Heidelberg, S. 151

7. Ausblick: Folgerungen für die Praxis in der Schweiz

Die Folgerungen aus den Überlegungen werden vor allem mit Blick auf die Rolle der Medizin bzw. der Ärzteschaft formuliert. Aus den dargestellten Studien, Medien- und Erfahrungsberichten ist erkennbar, dass in der Schweiz zurzeit Irrtum, potenzieller Missbrauch und gesellschaftliche Fehlentwicklungen bezüglich des Assistierte Suizids nicht auszuschließen, sondern immer wieder erkennbar sind. Insbesondere ist die faktische ärztliche Mitwirkung am assistierten Suizid in der Praxis weder transparent, noch allgemein geregelt und bietet daher eine ethisch unbefriedigende Situation, die nach Bereinigung und Veränderung verlangt. Anzunehmen ist, dass – auch im Vergleich mit den internationalen Beispielen wie Oregon und den Niederlanden - medizinische und ethische Kompetenz erforderlich sein werden, um diese Probleme zu lösen. Die Medizin sollte daher die Begleitung von Suizidenten nicht allein den Laienorganisationen überlassen.

Zu diesem Schluss kommt offenbar auch die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), die eine entsprechende Umorientierung in ihren kommenden Richtlinien angekündigt hat. Zwei weitere relevante Fachgesellschaften, die von ihrem Aufgabenspektrum grundsätzlich eher zu den Repräsentanten der Vorbehalte gehören dürften, die Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin und die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie, haben die Problematik im Jahr 2003 auf ihren Jahrestagungen offen thematisiert und die hier vorgestellten Schlussfolgerungen konstruktiv diskutiert.¹⁰ Es ist zu hoffen, dass die Patientenorientierung, die Nachdenklichkeit und Vorurteilsfreiheit, mit der dort diskutiert werden konnte, beispielgebend wirken wird und einer ethisch angemessenen Lösung den Boden bereiten kann.

Literatur

¹⁰ Stella Reiter-Theil: "Kann die ärztliche Beihilfe zum Suizid ethisch gerechtfertigt werden?" Einführungsvortrag auf Einladung zur Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Riehen, CH, 20.6.2003

Stella Reiter-Theil: "Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid." Vortrag auf Einladung zur Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie. Schaffhausen, CH, 31.8.2003

1. Arzt G (2003) Bürokratisierung der Hilfe beim Sterben und beim Suizid – Zürich als Modell. In: Amelung K et al (Hrsg) Strafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie. Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003. C. F. Müller Verlag, Heidelberg, S. 583-592
2. Beauchamp TL, Childress JF (1994) Principles of Medical Ethics. New York; Oxford University Press
3. Beck S (2002) Therapiebegrenzung auf internistischen Intensivstationen – Eine Interviewstudie über ethische Fragen zu Unterlassung und Abbruch mechanischer Beatmung. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br., betreut von Prof. Dr. Stella Reiter-Theil und PD Dr. Andreas van de Loo
4. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW (1999) Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon – The First Year's Experience. N Engl J Med 340, 7: 577-583
5. Düwell M, Steigleder K (2003) Bioethik – Zu Geschichte, Bedeutung und Aufgaben. In: Düwell M, Steigleder K (Hrsg) Bioethik. Eine Einführung. Suhrkamp, Frankfurt, S. 12-37
6. Ebner G (2003) Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbar körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. Schweizerische Ärztezeitung 84, 46: 2412-2424
7. Fahr U, Reiter-Theil S (2003) Von der Anekdote zur Methode. Wie können wir zu einem systematischen Vorgehen in der (medizin)ethischen Fallanalyse gelangen? In: Amelung K et al (Hrsg) Strafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie. Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003. C. F. Müller Verlag, Heidelberg, S. 667-684
8. Frei, Schenker, Finzen et al. (2001) Swiss Med Wkly www.smw.ch
9. Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G (2000) Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands. N Engl J Med 342, 8: 551-556
10. Hick C, Bengel J, Mohr M, Reiter-Theil S (2000) Ethik in der präklinischen Notfallmedizin. Übersicht zu ethischen Aspekten im Rettungsdienst und in der Notfallmedizin. Schriftenreihe zum Rettungswesen, Verlags- und Vertriebsges., DRK-Landesverband Westfalen-Lippe, Nottulm
11. Hick C, Bengel J, Mohr M, Reiter-Theil S (2003) Ethische Aspekte der präklinischen Notfallversorgung. Notfall und Rettungsmedizin 6: 115-121

12. Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G (2001) A Protocol for Consultation of Another Physician in Cases of Euthanasia and Assisted Suicide. *Journal of Medical Ethics* 27: 331-337
- Reiter-Theil S (1998) Therapiebegrenzung und Sterben im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Ein integratives Modell für ein vernachlässigtes Problem. *Ethik Med* 10: 74-90
14. Putnam H (2002) *The Collapse of the Fact/Value Dichotomy and Other Essays*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
15. Reiter-Theil S (1999) Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis. Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils. *Ethik Med* 11: 222-232
16. Reiter-Theil S (2000) Ethics consultation on demand. Concepts, practical experiences and a case study. *Journal of Medical Ethics* 26: 198-203
17. Reiter-Theil S (2001) Ethics consultation in Germany. The present situation. *Health Ethics Committee Forum* 13 (3): 265-280
18. Reiter-Theil S (2003a) Balancing the Perspectives. The Patient's Role in Clinical Ethics Consultation. *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal* 6: 247-254
19. Reiter-Theil S (2003b) Ethics of End-of-life Decisions in the Elderly. Deliberations from the ECOPE Study. *Ballière's Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 17, 2: 273-287
20. Reiter-Theil S (in press/2004) Does Empirical Research make Bioethics more Relevant? "The Embedded Researcher" as a Methodological Approach. *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal*
21. Reiter-Theil S, Träbert S, Lange D, Hiddemann W (2003) Sterben und Sterbehilfe: Problemwahrnehmung von Ärzten und Pflegenden in der Onkologie. Ergebnisse einer Interviewstudie. *Der Onkologe* 9: 153-161
22. Sass H-M, Kielstein R (1995) Wertanamnese und Betreuungsverfügung. 3. überarbeitete Auflage. *Medizinethische Materialien*, Heft 81, Zentrum für Medizinische Ethik, Ruhr-Universität Bochum
23. Schröder Ch, Schmutzer, Klaiberg, Brähler E (2003) Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. *Psychother Psych Med* 53
24. Schüttauf K (2003) Suizid im Recht. Eine der umstrittensten Menschheitsfragen. In: Bruder Müller G, Marx W, Schüttauf K (Hrsg) *Suizid und Sterbehilfe*. Königshausen & Neumann, S. 81-100

25. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1995)
Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten. SAMW: www.samw.ch
26. Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW (2000) Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon - The Second Year. N Engl J Med 342, 8: 598-604
27. Sulmasy DP (2001) Research in Medical Ethics: Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. In: Sugarman J, Sulmasy P (eds) Methods in Medical Ethics. Georgetown University Press, 247-266
28. Van der Heide A, Dellens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maas PJ (2003) End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. The Lancet 361: 345-350 www.thelancet.com
29. Wünsch A, Lange D, Bengel J, Hiddemann W, Reiter-Theil S (2001) Ärztliche Sterbebegleitung und passive Sterbehilfe. Eine empirische Studie zu ethischen, medizinischen und psychologischen Problemen. Zeitschrift für Palliativmedizin 2: 20-24
30. Zenz M (2003) Würdevolles Sterben. Vorbildliche Schweizer Richtlinien. Süddeutsche Zeitung, 8. August 2003, S. 13

Dank

Der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGR) und der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie (SGP) sei dafür gedankt, dass sie bei ihren Jahrestagungen 2003 Raum für offene und konstruktive Diskussionen zum Thema geschaffen hat. Eine weitere Fassung dieses Beitrags ist auch zur Publikation der Tagungsergebnisse der SGP vorgesehen.