Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2007-2008)

Heft: 97

Artikel: Beihilfe zum Suizid - kein Teil der ärztlichen Tätigkeit?

Autor: Bosshard, Georg

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789849

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 03.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Beihilfe zum Suizid - kein Teil der ärztlichen Tätigkeit?

Georg Bosshard*

Einleitung

Die gezielte Verschreibung oder Verabreichung von Substanzen in tödlicher Dosierung (Suizidbeihilfe resp. aktive Sterbehilfe) widerspricht dem traditionellen ärztlichen Ethos. Demgegenüber steht eine zunehmende Akzeptanz des selbstgewählten Todes im Falle einer unheilbaren Krankheit durch die Öffentlichkeit in den meisten europäischen Staaten. Weil dabei in aller Regel impliziert wird, dass die entsprechende Vorabklärung wie auch die konkrete Hilfe zum Sterben eine ärztliche Aufgabe sei, kommt das ärztliche Selbstverständnis unter Druck. Der folgende Text untersucht mögliche Auswege aus diesem Dilemma.

Begriffsdefinitionen

Unter Suizidbeihilfe versteht man das Verschreiben oder Zur-Verfügung-Stellen von Substanzen in tödlicher Dosierung mit dem Ziel, einem Menschen die Selbsttötung zu ermöglichen. Von aktiver Sterbehilfe spricht man dann, wenn die tödliche Substanz direkt durch den Sterbehelfer verabreicht wird. In der internationalen Diskussion werden die Suizidbeihilfe und die aktive Sterbehilfe auf Verlangen oftmals zusammen diskutiert und unter dem Begriff Sterbeassistenz (*assisted dying*) zusammengefasst.

Argumente gegen Sterbeassistenz

Der Begriff Sterbeassistenz bezeichnet somit von einem sterbewilligen Menschen ausdrücklich verlangte Formen aktiver Lebensbeendigung. Und genau dies, also der freie Wille, die Autonomie des Menschen, ist denn auch das zentrale Argument der Sterbehilfebefürworter. Die Argu-

---

* Dr. med. Georg Bosshard, Facharzt für Allgemeinmedizin und Master of Advanced Studies in Applied Ethics, arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich sowie als Klinischer Ethiker am UniversitätsSpital Zürich. Der vorliegende Text bildete in leicht gekürzter und modifizierter Form den Inhalt seiner vor der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich im November 2006 gehaltenen Probevorlesung im Fach Klinische Ethik.

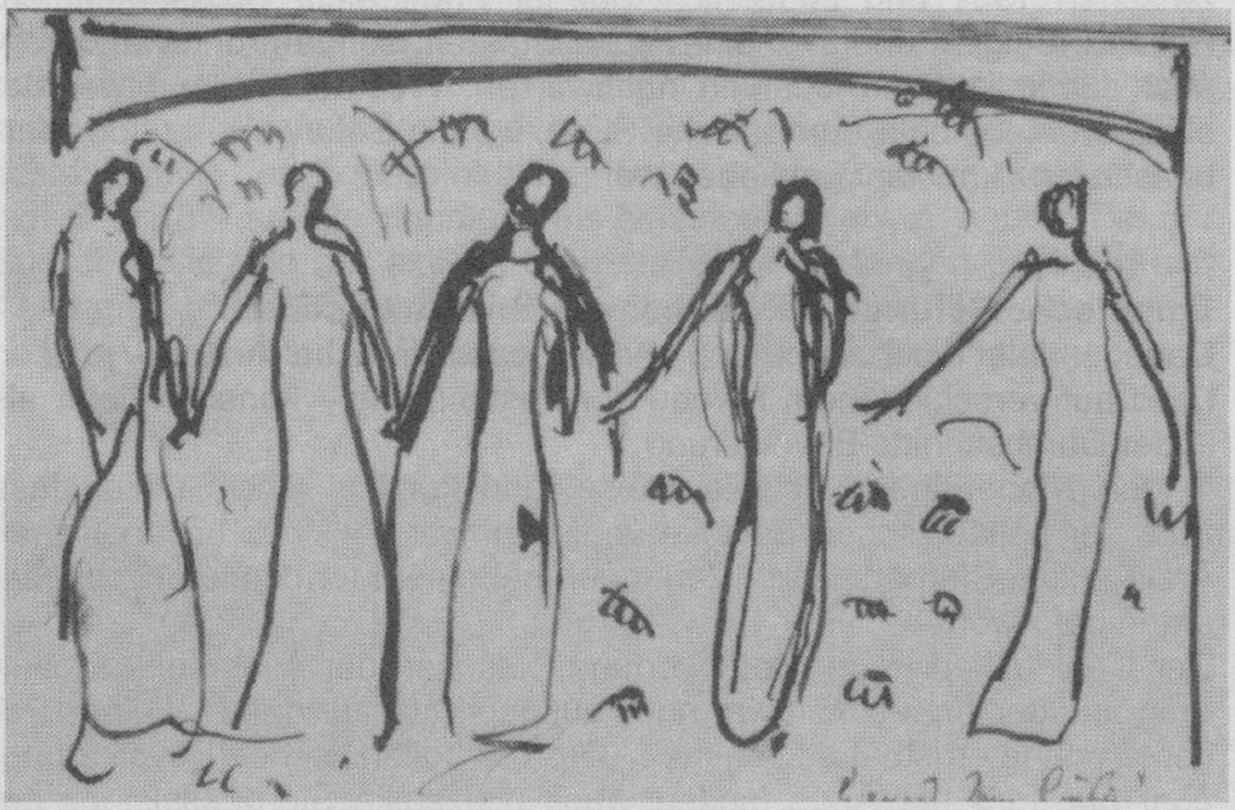
mente, die dem entgegengehalten werden können, kann man ganz grob in vier Gruppen einteilen. Man kann gegen Sterbeassistenz eingestellt sein, weil menschliches Leben generell unverfügbar, d. h. menschlichen Entscheidungen entzogen sein und bleiben müsse, eine Argumentation, die nicht selten vor einem religiösen Hintergrund vorgebracht wird.

Eine zweite Argumentation – sie wird gar nicht selten von Psychiatern vertreten – lautet, dass Suizid- resp. Sterbewünsche selten oder nie dem freien Willen eines Menschen, sondern viel eher momentaner Verzweiflung entsprängen, dass es also so etwas wie einen „Freitod" gar nicht gebe.
Diese Haltung liegt nahe bei der schon von Immanuel Kant vertretenen Ansicht, dass man rein logisch die eigene Tötung gar nicht autonom wünschen könne, da die Selbsttötung diese Autonomie ja gerade aufheben würde.

Eine dritte Form der Gegenargumente gegen aktive Sterbehilfe akzeptiert zwar, dass es Situationen geben könne, in denen Sterbeassistenz zu leisten rein mit Blick auf den Einzelfall nicht falsch wäre. Sie lehnt aber diese Praxis aus generellen Gründen dennoch ab, da sie befürchtet, dass die Zulassung von Sterbeassistenz eine nicht wünschbare Entwicklung Richtung Aufweichung des Tötungsverbotes auslösen könne, die vergleichbar einem Ausrutschen auf einem rutschigen Hang (*slippery slope*) nicht mehr zu stoppen wäre.

Und schliesslich gibt es das Argument, dass Sterbehilfe und Arztsein grundsätzlich nicht vereinbar seien. Im Gegensatz zu den obgenannten Argumenten, welche quasi „medizinisch neutral" sind, ist dies nun ein arztspezifische Argument, eines also, das sich explizit auf die Rolle das Arztes in dieser Praxis, d. h. auf die *ärztliche* Sterbeassistenz (*physician-assisted dying*) bezieht. Im folgenden wollen wir uns im Hinblick auf diesen letzten Einwand, die Frage der „Unärztlichkeit", den

Resultaten einiger empirischen Studien zuwenden, mit anderen Worten vom philosophischen auf den sozialwissenschaftlichen Blickwinkel wechseln.



Ferdinand Hodler, Kompositionsstudie "Blick in die Unendlichkeit" 1914/15

Empirische Befunde zur Sterbeassistenz: Allgemeinbevölkerung
Wissenschaftliche Untersuchungen und Meinungsumfragen zeigen für westeuropäische Staaten wie Frankreich, Grossbritannien, die Benelux-Staaten, Skandinavien wie auch für die Schweiz eine Befürwortung von Suizidbeihilfe oder aktiver Sterbehilfe auf Verlangen von zwischen 55% und 85% der Bevölkerung. Die Studienresultate aus Deutschland sind teilweise widersprüchlich, die Zustimmung zu Sterbeassistenz liegt in südeuropäischen Ländern wie Spanien oder Italien etwas tiefer.

Ein zweiter mehrfach bestätigter Befund besteht darin, dass die Befürwortung von Sterbeassistenz in Westeuropa zugenommen hat. Kürzlich konnte beispielsweise eine ausgedehnte Analyse basierend auf Daten der sogenannten European Values Study eine solche Zunahme zwischen 1981 und 2000 nicht nur für Frankreich, Grossbritannien, Holland, Belgien und skandinavische Staaten, sondern unter anderem auch für Italien und Spanien nachweisen. Westdeutschland war der einzige untersuchte europäische Staat, wo die Befürwortung von Sterbeassistenz konstant geblieben war.

Empirische Befunde zur Sterbeassistenz: Ärzteschaft

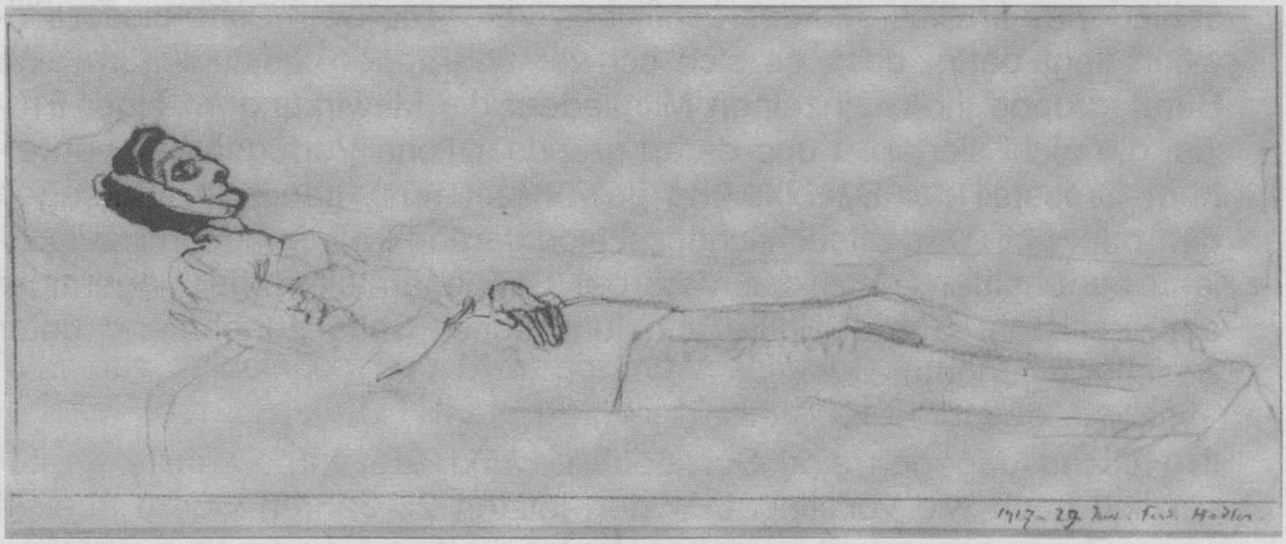
Dagegen liegt die Zustimmung zu Sterbeassistenz bei Ärzten – je nach Land auf verschiedenem Niveau der Zustimmung – konstant tiefer als in der Durchschnitts-Bevölkerung.

In den Niederlanden beispielsweise fand kürzlich eine Studie, dass 85% der holländischen Bevölkerung, aber nur 64% der holländischen Ärzte aktive Sterbehilfe auf Verlangen bei einem terminalen Krebspatienten befürworten.

Der Unterschied in der Befürwortung zwischen der Allgemeinbevölkerung und der Ärzteschaft war noch ausgeprägter für den Fall eines Patienten ohne ernsthafte Krankheit: 37% der holländischen Bevölkerung, aber nur 11% der Ärzte fanden, auch hier sollte Sterbeassistenz auf Verlangen möglich sein.

Verschiedene Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass auch innerhalb der Ärzteschaft die Zustimmung zu Sterbeassistenz erheblich variiert, wobei sie umso tiefer ist, je mehr Erfahrung mit der Betreuung von Patienten am Lebensende die Befragten hatten und je eher sie sich in einer Position befanden, allenfalls selber zum Leisten von Sterbeassistenz aufgefordert zu werden. Typischerweise besonders tiefe Zustimmungsraten finden sich entsprechend bei den Onkologen und den Palliativ-Medizinern.

Dies erstaunt nicht weiter, wenn man sich vor Augen hält, dass es offenbar für einen Arzt eine erhebliche Belastung bedeutet, Sterbeassistenz zu leisten. Eine der wenigen quantitativen Studien in diesem Bereich hat in mehreren hundert Fällen, in welchen Sterbehilfe geleistet worden war, den zuständigen Arzt retrospektiv dazu befragt. In Fällen von sogenannter indirekter Sterbehilfe, Fälle also, wo die Symptomkontrolle am Lebensende so hohe Dosen von Morphium oder Beruhigungsmitteln nötig macht, dass allenfalls als ungewollte Nebenwirkung eine mögliche Beschleunigung des Todeseintritts eintreten könnte, gaben die Ärzte lediglich in 18% an, die Handlung als belastend erlebt zu haben. Bei der Suizidbeihilfe und der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen dagegen war das signifikant häufiger der Fall, nämlich in 58% der Fälle von Suizidbeihilfe und in 75% der Fälle von aktiver Sterbehilfe auf Verlangen.



Ferdinand Hodler, "Esther Jacques auf ihrem Totenbett" 29.1.1917

Die Diskrepanz dieser Resultate mit der oben beschriebenen Einstellung der Allgemeinbevölkerung gegenüber Sterbeassistenz ist eindrücklich. Wenn wir uns zusätzlich vor Augen halten, dass in den meis-

ten entsprechenden Umfragen wie selbstverständlich davon ausgegangen wird, dass die Sterbeassistenz, sollte sie legalisiert werden, eine ärztliche Aufgabe sei, so erkennen wir das Dilemma, dass offenbar ein grosser und zunehmender Teil der Bevölkerung in Westeuropa in diesem Bereich etwas von den Ärzten erwartet, was diese zu einem guten Teil zu leisten nicht bereit sind – eine Art Machtkampf, der sich zunehmend verschärft.

Auf der Suche nach Auswegen aus dem Dilemma: Die Beispiele Deutschland und Holland.

Was können Ärzte angesichts dieses Dilemmas für eine Position einnehmen? Eine mögliche Haltung der Ärzteschaft könnte man etwas plakativ als den „Deutschen Weg" bezeichnen. In Deutschland ist Suizidbeihilfe grundsätzlich nicht illegal, wird aber blockiert durch ein entschiedenes ärztlich-standesrechtliches Veto. Die Schwäche dieser Position liegt darin, dass es sich schwer begründen lässt, warum eine Berufsgruppe ihren einzelnen Mitgliedern die Mitwirkung an einer Praxis, die nicht illegal ist und deren grundsätzliche Verfügbarkeit von einem Grossteil der Bevölkerung gewünscht wird, generell untersagen darf oder soll. Und tatsächlich lässt sich gerade im Moment in Deutschland beobachten, dass das Veto der Bundesärztekammer gegenüber der ärztlichen Suizidbeihilfe von juristischer Seite zunehmend unter Beschuss genommen wird.

In Holland dagegen sind Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe grundsätzlich nach wie vor illegal. In den letzten 25 Jahren wurde aber in enger Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Justiz eine Straffreiheit exklusiv für Sterbeassistenz leistende Ärzte geschaffen. Wir haben hier quasi das Gegenteil des Deutschen Weges vor uns, nämlich die ausschliessliche und spezifisch ärztliche Übernahme der Aufgabe Sterbeassistenz. Auch die Erfahrungen mit diesem Modell sind mehr als ernüchternd. Insbesondere zeigt sich zunehmend, dass die Spannun-

gen zwischen der Bevölkerung und der Ärzteschaft in diesem Bereich durch das Holländische Sterbehilfegesetz nicht gelöst werden konnten. Immer mehr holländische Patienten fordern nämlich auch Sterbeassistenz in Situationen, in welchen die Ärzte nicht bereit sind, diese zu leisten, z. B. bei Lebensmüdigkeit in hohem Alter, ohne dass aber eine ernsthafte Krankheit vorliegt.

So stellt sich die dringende Frage, ob es denn neben diesen zwei Extrempositionen – Verweigerung oder exklusive Übernahme der Aufgabe – nicht eine Mittelposition, eine Art „dritten Weg" geben könnte. Die Schweizer Praxis der Suizidbeihilfe so, wie sie sich unter Einbezug von Sterbehilfeorganisationen wie *Exit* oder *Dignitas* in den letzten Jahren in unserem Land herauskristallisiert hat, ist zwar weit davon entfernt, ein perfektes Modell darzustellen. Aber sie bietet ohne Zweifel einige interessante Ansätze als möglichen Ausweg aus dem oben genannten Dilemma, weshalb das Modell in den letzten Jahren zunehmend auch auf internationales Interesse gestossen ist.

Strafrechtlicher Hintergrund der Schweizer Regelung

Interessant ist in diesem Zusammenhang bereits die rechtliche Grundlage. Artikel 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches lautet:

„Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft."

Mit anderen Worten: Uneigennützige Suizidbeihilfe, nicht aber aktive Sterbehilfe resp. Tötung auf Verlangen sind straffrei. Und: der Gesetzesartikel sieht keinen Sonderstatus für Ärzte vor – diese werden als Sterbehelfer strafrechtlich weder bevorzugt wie in Holland noch von der Sterbeassistenz ausgeschlossen wie in Deutschland.

Die Rolle des Arztes in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW hat in ihren Medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende den Grundgedanken des Artikels 115 aufgegriffen:

Zum einen bleibt die SAMW bei ihrer bereits früher geäusserten Haltung, dass Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit sei, weil sie den Zielen der Medizin widerspreche – eine Absage also an den „Holländischen Weg". Auf der anderen Seite verurteilt heute aber die SAMW Kollegen, welche bereit sind, sich in diesem schwierigen Bereich zu engagieren, nicht mehr generell, sondern respektiert die ärztliche Beteiligung an der Beihilfe als eine am Einzelfall orientierte persönliche Gewissensentscheidung eines Arztes – damit unterscheidet sich die Haltung der SAMW auch von der generellen Verweigerung der Deutschen Ärzteschaft gegenüber der Suizidbeihilfe.

Medizinische und nicht-medizinische Kriterien

Im Folgenden nennt die SAMW in ihren Richtlinien einige Bedingungen, welche bei der Suizidbeihilfe erfüllt sein müssen. Das Bemerkenswerte dabei ist, dass die SAMW eine Trennung vornimmt in spezifisch medizinische Kriterien einerseits, nicht spezifisch medizinische Kriterien andererseits. Zu den spezifisch medizinischen Kriterien gehört die Diagnosestellung und das Angebot von Palliative Care. Als nicht spezifisch medizinischen Kriterien dagegen nennt die SAMW das Überprüfen der Urteilsfähigkeit sowie die Versicherung, dass der Wunsch des Sterbewilligen wohlerwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft ist. Entsprechend muss die geforderte Überprüfung der letzteren Kriterien – und es sind ja in der Praxis vor allem diese die Punkte, die bei der Beurteilung solcher Fälle Schwierigkeiten bereiten – nicht zwingend durch einen Arzt erfolgen.

Mit dieser Aufteilung weist die SAMW darauf hin, dass es sich hier um

je nach Blickwinkel eher persönliche oder soziale, sicher aber nicht ausschliesslich medizinische Fragen handelt. Ohne sich einer ärztlichen Mitarbeit in diesem Bereich generell zu verweigern, stellt sich die SAMW damit der Erwartung entgegen, dass eine Frage, die weit über die Medizin hinaus in grundsätzliche Fragen unserer Gesellschaft hineingeht, durch die Ärzteschaft alleine gelöst werden könne.

Literaturangaben beim Verfasser (bosh@irm.unizh.ch)