



www.vems.ch

Der Irrtum des freien Todes und die Rolle des Arztes beim Sterben

Positionspapier zur Frage der Entscheidungen am Lebensende

Stand Januar 2015



Autor: Flavian Kurth

Inhaltliche Begleitung
und Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der
Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe

<http://physicianprofiling.ch/VEMSEndOfLifeDecisions.pdf>

Ausarbeitung dieses Positionspapiers

Der VEMS hat sich im April 2013 an der Ausschreibung der SAMW-Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe» beteiligt. Unsere Eingabe¹ haben wir damals in einem interdisziplinären Team erarbeitet, welches auch die Studie begleiten sollte, wozu es allerdings nicht kam. Darauf basierend und vor dem Hintergrund eines wachsenden Interesses und einer zunehmenden Brisanz des Themas «Sterbehilfe» habe ich im November 2014 einen ersten Entwurf dieses Positionspapiers ausgearbeitet. Dieser wurde alsdann zur Stellungnahme an weitere Experten verschickt und im Stiftungsrat der Trägerorganisation des VEMS, der Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, besprochen, wobei weitere Anregungen eingebracht wurden. Das vorliegende Positionspapier ist das Resultat dieses Prozesses, widerspiegelt also die Position des Teams, die ich als Autor zusammengetragen und ausformuliert habe.

Hintergrund

Die Diskussion um den assistierten Suizid hat sich in den letzten Monaten intensiviert und läuft zusehends in eine problematische Richtung. Dies insofern, als eine gewisse Normalisierung und Bagatellisierung des assistierten Suizids festzustellen ist. Dabei werden Begriffe verwischt und ethische Implikationen ebenso undeutlich wie die Beweggründe, Hoffnungen und Ängste der Suizidenten, der Angehörigen, der Ärzte, der Pfleger und der Sterbehelfer. Das Forschungsprogramm «Lebensende» des Schweizerischen Nationalfonds, kurz NFP67², versucht, diesen Dingen in einem breit angelegten, über fünf Jahre dauernden Forschungsprojekt auf den Grund zu gehen. Die Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe»³, welche die SAMW nun realisiert hat, ist hingegen tendenziös, indem der Weg des assistierten Suizids vorgegeben und derjenige der Sterbehilfe innerhalb einer palliativen Betreuung bis zum Lebensende kaum weiterverfolgt wird. Dies ist bedauerlich, geht es für den Arzt bei der Frage der Haltung zum assistierten Suizid doch eben darum, die Möglichkeiten der palliativen Betreuung auszuloten, um abzuwägen, in welchen Situationen er allenfalls bereit wäre, Hilfe bei einem assistierten Suizid zu leisten, und in welcher Form. Das Resultat der Studie ist denn auch ambivalent: Eine Mehrheit der Ärzteschaft ist angeblich zwar für den assistierten Suizid, erachtet ihn aber nicht als Teil ärztlicher Tätigkeit. Wir bezweifeln, dass dies tatsächlich die Haltung der Ärzteschaft ist, ebenso, wie wir bezweifeln, dass der assistierte Suizid wirklich eine so grosse Akzeptanz in der Bevölkerung findet, wie es den Anschein macht. Um dies aufzuzeigen, sollen zunächst die Begriffe geklärt werden.

¹ <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSEingabeSAMWStudie.pdf>

² <http://www.nfp67.ch/D/publikationen/Seiten/aus-dem-nfp.aspx>

³ <http://www.samw.ch/de/Ethik/Lebensende.html>

Begriffe

Das Bundesamt für Justiz definiert die Begriffe der Sterbehilfe⁴ wie folgt:

Direkte aktive Sterbehilfe: Gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen. Sie ist heute nach Artikel 111 (vorsätzliche Tötung), Artikel 114 (Tötung auf Verlangen) oder Artikel 113 (Totschlag) StGB strafbar.

Indirekte aktive Sterbehilfe: Sie liegt vor, wenn zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können. Diese Art der Sterbehilfe ist im geltenden Strafgesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber als grundsätzlich erlaubt. Auch die Richtlinien über die Sterbehilfe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW-Richtlinien) betrachten diese Form der Sterbehilfe als zulässig.

Passive Sterbehilfe: Verzicht auf die Aufnahme oder den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen. Auch diese Form der Sterbehilfe ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt, wird aber als erlaubt angesehen; eine entsprechende Beurteilung geben die SAMW-Richtlinien.

Beihilfe zum Selbstmord: Nur wer "aus selbststüchtigen Beweggründen" jemandem zum Selbstmord Hilfe leistet (z.B. durch Beschaffung einer tödlichen Substanz), ist nach Artikel 115 StGB mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis strafbar. Nach den SAMW-Richtlinien ist die Beihilfe zum Suizid freilich "kein Teil der ärztlichen Tätigkeit".

Die indirekte aktive Sterbehilfe und die passive Sterbehilfe sind immer schon Teil ärztlicher Tätigkeit gewesen. Der Begriff «indirekte aktive Sterbehilfe» ist allerdings schlecht gewählt, denn er suggeriert ein aktives Handeln. Dies ist hier aber auch indirekt nicht der Fall. Der Tod des Patienten wird vielmehr nur in Kauf genommen, Zweck des Handelns ist die Linderung der Schmerzen. Ethisch kann bei der indirekten aktiven Sterbehilfe über das Prinzip der Doppelwirkung argumentiert werden, welches besagt, dass eine Handlung, die sowohl moralisch gute, als auch neutrale und schlechte Folgen hat, dann moralisch erlaubt ist, wenn die schlechten Folgen unbeabsichtigt sind, also nur in Kauf genommen werden und nicht Zweck der Handlung sind. Darauf stützt sich denn auch das Recht, das diese Art der Sterbehilfe grundsätzlich erlaubt. Die Wahl des Begriffs «indirek-

⁴ <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>

te aktive Sterbehilfe», in welchem das Wort «Sterbehilfe» vorkommt, das ja auch Organisationen für ihre Tätigkeit verwenden, die assistierte Suizide anbieten, kann nun aber zusammen mit einer Unsicherheit über die rechtliche Situation dazu führen, dass Ärzte aus Angst Morphium oder andere Schmerzmittel zu niedrig dosieren, um sicher zu gehen, den Patienten nicht zu töten. Damit wird unnötiges Leid verursacht, was den Patienten dann unter Umständen dazu veranlasst, den assistierten Suizid zu wählen. Hier besteht Aufklärungsbedarf in der Ärzteschaft. Es wäre sinnvoller, hierbei von Handlungen mit doppelter Wirkung zu reden, doch hat sich dieser Begriff leider nicht etabliert. Dadurch entsteht eine Unschärfe zum assistierten Suizid, bzw. eine irreführende Nähe zu diesem, welche einige Ärzte dazu veranlassen dürfte, die Möglichkeiten der palliativen medizinischen Betreuung bis zum Lebensende nicht auszuschöpfen.

Im Gegensatz zur indirekten aktiven Sterbehilfe ist die Beihilfe zum Suizid aber eine Handlung mit dem alleinigen Zweck, den Patienten zu töten, also ohne Heilungsabsicht. Auch ist sie irreversibel. Für den Fall, dass der Suizident es sich im Angesicht des Todes anders überlegt, gibt es kein Zurück. In der indirekten aktiven Sterbehilfe hingegen kann die Wirkung von Morphium jederzeit abgefedert oder ein gefährlicher Eingriff gegebenenfalls abgebrochen werden. Auch eine passive Sterbehilfe ist keine endgültige Entscheidung. Eine lebenserhaltende Massnahme, die abgebrochen wurde, kann wieder aufgenommen werden. Ebenso kann eine lebenserhaltende Massnahme, die vom Patienten nicht gewünscht wurde, aufgenommen werden, wenn dies vom Patienten, bzw., von seinen Angehörigen, nun doch verlangt wird.

Es ist also ein Etikettenschwindel, wenn sich Organisationen wie Exit oder Dignitas Sterbehilfeorganisationen nennen oder so genannt werden. Eine solche Sterbehilfe leisten sie nicht, sondern eben assistierte Suizide. In jüngster Zeit wurden diese assistierten Suizide auch als «Suizidhilfe» bezeichnet, was zur Klärung nichts beiträgt. Im Gegenteil schafft der Begriff neben einer Unschärfe auch eine ethisch problematische Bagatellisierung. Während der Begriff der «Suizidbeihilfe», der eine Zeitlang verwendet wurde, noch impliziert hat, dass hier Beihilfe zu einer Tat geleistet wird, die nicht unproblematisch ist, suggeriert der Begriff «Suizidhilfe» eine ganz normale und legitime Hilfeleistung bei einem alltäglichen Problem. Damit gehen die ethischen Implikationen in einer Banalisierung auf. Die Unterteilung in ärztliche Sterbehilfe und assistierter Suizid leistet in beiderlei Hinsicht Klarheit, weshalb im Folgenden diese beiden Begriffe verwendet werden, die wir wie folgt definieren:

- **Ärztliche Sterbehilfe:** Der Arzt hilft seinem Patienten beim Sterben im Rahmen der gesetzlich erlaubten und als Teil ärztlicher Tätigkeit akzeptierten Möglichkeiten, also indirekt aktiv, indem er bei bestimmten Eingriffen den Tod in Kauf nimmt, oder passiv, indem er lebenserhaltende Massnahmen auf Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen unterlässt oder abbricht.
- **Assistierter Suizid:** Der Arzt beschafft oder verschreibt dem Patienten Natrium-Pentobarbital oder ein anderes Gift, das dieser einnimmt, um sich zu töten, während der Arzt gegebenenfalls das Zimmer verlässt, damit der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung nicht gegeben ist.

Die SAMW-Studie

Die von der SAMW in Auftrag gegebenen Studie «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe»⁵ stellt bei ihrer Inventur des Standes der empirischen Forschung auf Seite 19 die Frage: «Worin sehen Ärztinnen und Ärzte eine ethisch angemessene Rolle der Ärzteschaft im Bereich Suizidhilfe? Sehen sie eine Vereinbarkeit der Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin?» Dazu hält sie mit Bezug auf eine Umfrage von Schwarzenegger et al.⁶ fest: «In der Umfrage von Schwarzenegger et al. sprachen sich von den antwortenden Medizinerinnen und Medizinern 70% dafür aus, dass Ärzte die Aufgabe übernehmen sollten „jemandem beim Sterben zu helfen“ (Schwarzenegger et al. 2012). 77% der Antwortenden stimmten dem Statement zu, es sei eine Aufgabe des Arztes oder der Ärztin, schwerkranken Menschen beim Sterben zu helfen. Eine Minderheit von 32% der Antwortenden bezeichnete es als im Widerspruch zu den Zielen der Medizin stehend jemandem beim Sterben zu helfen. Diese Statements schliessen allerdings neben der Suizidhilfe auch andere Aktivitäten der Sterbehilfe mit ein.» Dieser letzte Satz ist der entscheidende, denn auf diese anderen Aktivitäten der Sterbehilfe geht die Studie dann nicht ein (das Wort «Morphium» kommt im ganzen Dokument kein einziges Mal vor).

Ob der befragte Arzt unter dem Begriff «Suizidhilfe» also jeweils die ärztliche Sterbehilfe oder den assistierten Suizid versteht, kann damit nicht mehr eindeutig gesagt werden. Das Fazit aus der Befragung von Schwarzenegger et al. auf Seite 20 jedenfalls, so viel kann gesagt werden, ist bereits falsch: «In bisherigen Befragungen der Ärzteschaft zeigten sich bis zur Hälfte der Antwortenden grundsätzlich bereit, Suizidhilfe zu leisten.» Das stimmt nicht, sie haben gesagt, dass Ärzte die

⁵ <http://www.samw.ch/de/Ethik/Lebensende.html>

⁶ Schwarzenegger, Christian et al. (2012): Einstellungen der Mediziner und Juristen sowie der Allgemeinbevölkerung zur Sterbehilfe und Suizidbeihilfe. In: Wehrli, Hans et al. (Hrsg.): Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende. Pro und Contra. Zürich: Orell Füssli: 209-232.

Aufgabe übernehmen sollten «jemandem beim Sterben zu helfen», womit auch die ärztliche Sterbehilfe gemeint ist – vielleicht sogar hauptsächlich die ärztliche Sterbehilfe.

Im Vorfeld der eigentlichen Befragung wurden 12 Ärztinnen und Ärzte interviewt. Dabei wurde gefragt: «Ist Suizidhilfe dasselbe wie Sterbehilfe? Wo liegen für Sie Unterschiede/Gemeinsamkeiten?» Aus den Antworten wurde geschlossen, die Begriffe, wie sie sich etabliert haben, seien bekannt. Das mag so sein, doch aus 12 Ärztinnen und Ärzten (unter denen notabene auch solche waren, die schon für Organisationen gearbeitet haben, die assistierte Suizide anbieten) auf 4'837 zu schliessen, an die der Fragebogen dann verschickt wurde, ist doch etwas gewagt. Zudem hätte doch gerade das Verständnis der Begriffe Rückschlüsse auf die moralischen Dilemmata geliefert, in denen sich die Ärzte diesbezüglich befinden.

Beispielsweise hätte man die Frage stellen können – und das wäre eine zentrale Frage gewesen –, ob der befragte Arzt es als ethisch unproblematisch empfindet, auf Wunsch der Angehörigen des Patienten die Dosis des Morphiums in einen Bereich zu erhöhen, wo er tödliche Folgen für den Patienten in Kauf nehmen muss. Falls dies vom Befragten als ethisch unproblematisch taxiert würde, das Verabreichen von Pentobarbital aber als problematisch, wäre doch den Überlegungen und allenfalls den Zwängen nachzugehen gewesen, die den Arzt in ein solches offensichtlich widersprüchliches und überdies ethisch problematisches Verhalten treiben. Es wäre in erster Linie zu klären gewesen, was die Ärzteschaft überhaupt unter ärztlicher (also mit ärztlicher Ethik und Tätigkeit vereinbarer) Sterbehilfe versteht und was unter assistiertem Suizid. Die Begriffsvermischung zum Begriff «Suizidhilfe» hat dies verunmöglicht, und so kann dann auch keine wirkliche Befindlichkeit eruiert werden. Es bleibt festzustellen, dass die Ärzteschaft die Suizidhilfe zwar befürworte, sich an ihr aber nicht beteiligen wolle, womit nichts gewonnen ist. Welche Interventionen hält die Ärzteschaft für vertretbar, welche nicht? Wann, falls überhaupt, hält die Ärzteschaft die Mitarbeit am assistierten Suizid für angebracht, welche Leistungen hält sie dabei für vertretbar, welche nicht?

Ein weiterer Schwachpunkt der Studie ist die zu geringe Beteiligung. Von 4'837 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzten haben nur 1'318 an der Befragung teilgenommen, was einem Rücklauf von 27% entspricht und insofern erstaunt, als das Thema im Ärzteblatt kontrovers diskutiert wurde und Wogen aufgeworfen hat. Die Verfasser der Studie vermuten, bei den Teilnehmern handle es sich um Ärztinnen und Ärzte, die besonders am Thema interessiert seien. Das ist allerdings eine Hypothese, die es zu validieren gälte. Uns scheint wahrscheinlicher, dass die Ärzte aus Unsicherheit eher nicht teilgenommen haben und jene, die teilgenommen haben, ihre Antworten tendenziell gemäss den SAMW-Richtlinien gegeben haben, um auf der sicheren Seite zu sein. Die Studie sagt also wenig aus, wird nun aber von Exit zur Promotion ihrer assistierten Suizide genutzt.

Exit titelt mit Bezugnahme auf die Studie auf seiner Website⁷: «Grosses Verständnis der Ärzte für Sterbehilfe». Die Studie hat nicht die Haltung der Ärzte zur Sterbehilfe untersucht, sondern ihre Haltung zur Suizidhilfe, und hier kann nicht von grossem Verständnisses die Rede sein, es herrscht allgemeine Verunsicherung.

Der medizinische Aspekt

Im Eid des Hippokrates heisst es zur Sterbehilfe: «Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten». Offensichtlich ist das Thema also nicht neu, und offensichtlich gab es schon damals Ärzte, die assistierte Suizide durchgeführt haben, denn sonst hätte sich Hippokrates wohl kaum veranlasst gesehen, diese in seinen Eid aufzunehmen und darin zu verbieten. Während damals der Grund, weshalb ein Patient mit einer solchen Bitte an den Arzt gelangte, aber wohl eher in den Grenzen der Medizin lag, haben wir heute die Situation, dass die Möglichkeiten der modernen Medizin Situationen schaffen, die nicht immer wünschenswert sind. Nicht alles, was am Lebensende noch gemacht werden kann, will der Patient auch gemacht haben. Er muss also davor geschützt werden, zum Objekt der medizinischen Möglichkeiten zu werden.

Das Prinzip der Autonomie nach dem Modell von Beauchamp und Childress⁸ sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen leisten dies grundsätzlich. Jeder medizinische Eingriff, ob vom Patienten gewünscht oder nicht, erfüllt den Tatbestand einer Körperverletzung. Wird der Eingriff jedoch gegen den Willen des Patienten vorgenommen, so ist dieser Tatbestand strafbar, sonst nicht. Der Arzt darf also ohne Einverständnis des Patienten oder seiner Angehörigen, die dieses Einverständnis stellvertretend für den Patienten geben, nichts tun. Und für den Fall eines etwaigen Verlusts der Entscheidungsfähigkeit lässt sich in der Patientenverfügung regeln, was getan werden soll und was nicht.

Wieso fühlen sich dennoch immer mehr Patienten der Medizin am Lebensende ausgeliefert? Und ist die Vermeidung der palliativen Medizin, bzw. der Abbruch der palliativen Pflege in den letzten Lebensmonaten, eine verständliche, eine gute, eine medizinisch und medizinethisch vertretbare Option, sich dieses Gefühl des Ausgeliefertseins und seine Folgen zu ersparen? Der VEMS ist der Meinung, dass, werden die Möglichkeiten der modernen Palliativmedizin richtig eingesetzt, nur sehr wenige Patienten verbleiben, bei denen die Entscheidung für einen assistierten Suizid verständlich und rational ist. Dies geschieht in diesen Fällen auch nicht aus einem Gefühl des Ausgeliefertseins heraus, sondern nach einer Abwägung der medizinischen Zweckmässigkeit der Behand-

⁷ <http://www.exit.ch/news/news/details/grosses-verstaendnis-der-aerzte-fuer-sterbehilfe>

⁸ <http://www.jakobi-rheine.de/sites/default/files/Rathmer%20Prinzipien.pdf>

lungsoptionen, von denen schlicht keine mehr eine Linderung von Schmerz und Leid bringt, wobei der Patient aber weiterlebt und weiterleidet.

Dies sind allerdings medizinische Extremsituationen, die äusserst selten vorkommen. Oftmals wird der assistierte Suizid jedoch gewählt, weil die Möglichkeiten der ärztlichen Sterbehilfe zu wenig bekannt sind, teilweise bereits dem Arzt selbst nicht. An erster Stelle sei hier die einfachste Massnahme der passiven Sterbehilfe genannt: Der Patient verweigert die Nahrungs- und/oder die Flüssigkeitsaufnahme. Wehrt er sich immer wieder und standhaft dagegen, dass man ihm Wasser und Essen einflösst, so signalisiert er damit, dass er nicht mehr weiterleben will. Diesem Wunsch können Arzt und Pfleger entsprechen und so eine medizinisch, ethisch und rechtlich unproblematische ärztliche Sterbehilfe durch Unterlassen dieser grundlegendsten aller lebenserhaltenden Massnahmen leisten. (Um Missverständnissen vorzubeugen: Wir reden hier nicht von der Verweigerung der Nahrungsaufnahme bei psychiatrischen Patienten.)

Eine weitere Möglichkeit ist das Besprechen doppelter Handlungen. Der Arzt legt im Gespräch mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen die Chancen und Risiken der im Rahmen der weiteren Behandlung möglichen Eingriffe offen. In einem solchen Gespräch zeigt sich nicht nur der Lebenswille des Patienten, er kann sich darin auch klären, und zwar in erster Linie für den Patienten selbst. Der Arzt darf diesem zwar auch auf dessen Verlangen keine tödliche Dosis Morphium spritzen. Er weiss nach einem solchen Gespräch aber, dass diese Folge vom Patienten hingenommen würde – dass der Patient bereit ist zu sterben. Dies befreit den Arzt von Gewissensbissen bei einem risikoreichen Eingriff oder wenn es darum geht, die Dosis des Morphiums soweit zu erhöhen, wie es nötig ist, damit der Patient schmerzfrei wird, aber unter Umständen gefährlich. Er kann ihn also nach bestem Wissen und Gewissen medizinisch bis zum Lebensende betreuen, weil er sich versichert hat, dass dieser sich der möglichen Folgen bewusst ist und diese akzeptiert.

Der gesundheitsökonomische Aspekt

Auf der Website von Exit wird ein ganz anderes Bild vermittelt. Als erstes von drei Argumenten für einen Beitritt nennt Exit: «Exit schützt Sie bei Krankheit und Unfall vor Behandlungswillkür.» Dies ist ein Verkaufsargument, das es ernst zu nehmen gilt. Auch, dass es an erster Stelle aufgeführt wird. Hauptsächlich spricht für Exit also, dass man sich mit einem Suizid davor schützen kann, der Medizin ausgeliefert zu sein. Wenn folglich immer mehr Menschen Mitglieder solcher Organisationen werden, dann heisst das nicht unbedingt, dass sie suizidwillig sind, sondern primär, dass sie das Vertrauen in die Medizin, im Speziellen in die Altersmedizin, verloren haben. Haben sie Grund dazu? Leider, ja.

Einer der Qualitätsindikatoren, anhand derer das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Spitäler beurteilt, ist die Sterberate⁹. Ein Spital, das viele Todesfälle hat, wird schlechter eingestuft als eines mit wenigen. Dies, zusammen mit einer nicht ausreichenden Finanzierung der Palliativmedizin durch die Fallpauschalen, veranlasst die Spitäler, ihre Palliative Medizin abzubauen und Patienten, die in absehbarer Zeit sterben könnten, wenn möglich in Pflegeheime zu verschieben. Da diese überlastet sind, hat das in der Regel einen rapiden Abfall der Versorgungsqualität zur Folge. Wir haben hier also eine medizinische Unterversorgung. Diese ökonomische Problemsituation kann auf zwei Arten gelöst werden: Entweder man erhöht das Angebot oder man verringert die Nachfrage. Organisationen wie Exit oder Dignitas arbeiten an Letzterem, der VEMS ist der Meinung, Ersteres müsse geleistet werden.

Rationierungsdebatten werden heute auch in der Schweiz offener geführt als bisher. Dies ist grundsätzlich zu begrüssen, denn nur über offene Rationierung kann auch offen diskutiert werden. Im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid wird allerdings kaum je über Rationierung geredet, der Diskurs dreht sich hier hauptsächlich um die Selbstbestimmung. Tatsache ist aber, dass der Suizid bei einer tödlichen Krankheit eine Rationierungsmassnahme ist – eine selbst auferlegte, eine eigentliche Selbstrationierung. Und dass die letzten Monate eines Lebens medizinisch die teuersten sind, ist allgemein bekannt. Darf es also verwundern, wenn die «Selbstrationierungsmassnahme» Suizid auf offene Ohren stösst?

Die Verwendung des ärztlichen Begriffs der «Sterbehilfe» für aus der medizinischen Praxis ausgelagerte, ärztlicher Tätigkeit und ärztlichem Berufsethos widersprechende assistierte Suizide hat geholfen, die Dienstleistung von Organisationen wie Exit oder Dignitas salonfähig und vermarktbar zu machen. Die Etablierung des Begriffs «Suizidhilfe» anstelle von «Suizidbeihilfe» hat ein Übriges zur Bagatellisierung solcher Dienstleistungen getan. Es scheint heute gesetzt, dass es legitim ist, diese Dienstleistungen am Markt anzubieten. Schliesslich ist dies ja eine persönliche Entscheidung, die man nicht bevormunden sollte.

Diese Argumentation krankt allerdings daran, dass in einer vergleichbaren Situationen nicht so argumentiert wird: Es ist ebenso eine persönliche Entscheidung, welchen Rausch ein Mensch sich verschaffen will, ob einen Alkohol- oder einen Drogenrausch. Dennoch ist es verboten, bestimmte Substanzen einzunehmen, und dies mit gutem Grund. Der Bürger muss also offensichtlich bis zu einem gewissen Grad vor sich selbst geschützt werden. Nicht alles, was er persönlich wünscht, darf auch kaufbar sein, geschweige denn, dass aus einem allgemeinen Wunsch auf der Individualebene abzuleiten ist, etwas müsse auf der gesellschaftlichen Ebene zur Verfügung gestellt werden. Wie will ein Staat denn noch glaubhaft gegen den Abusus von Rauschmitteln argumentie-

⁹ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetBAGIndikatoren.pdf>

ren, wenn er den assistierten Suizid, eine viel direktere Selbstzerstörung also, die obendrein noch nicht einmal den individuellen «Nutzen» eines Rausches mit sich bringt, nicht nur nicht verhindert, sondern ihn im Gegenteil sogar fördert, indem er den Organisationen, die ihn anbieten, mit seinen Rahmenbedingungen ein ökonomisch gedeihliches Klima schafft, wie es international einzigartig ist? Solche Überlegungen sind es vielleicht, die den der Philosophen Ludwig Wittgenstein bewegten, als er 1917 in seinem Tagebuch notierte: «Wenn der Selbstmord erlaubt ist, dann ist alles erlaubt.»

Offensichtlich gab es damals also noch moralische Bedenken gegen den Suizid. Heute scheint sogar das Geschäft mit ihm moralisch unbedenklich. Wenn sich Organisationen wie Exit oder Dignitas in der Schweiz erschreckend frei entfalten können und in ihrer Kommunikation das Glücksversprechen der Werbung in geradezu stossender Weise auf den Bereich des Suizids ausdehnen, ohne dafür gerügt zu werden, dann stellt dies eine Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht des Staates gegenüber seinen Bürgerinnen und Bürgern dar. Und dass unsere Regierung und unsere Behörden hier auf einem Auge blind sind, hat seinen Grund doch wohl darin, dass es als gesetzt gilt, in der Altersmedizin rationieren zu müssen, weil sie sonst angeblich nicht mehr finanzierbar sei. Es muss im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid also auch über Rationierung geredet werden, und zwar offen und proaktiv, bevor die Krankenkassen – wie dies in der Vergangenheit in praktisch jeder gesundheitsökonomischen Diskussion geschehen ist – den Diskurs an sich reißen und die Meinungsführung übernehmen. Wann werden die ersten Versicherungsmodelle angeboten, die Mitgliedern von Exit oder Dignitas verbilligte Prämien anbieten, um so die «Einsparungen» am Lebensende zu belohnen?

Der VEMS hat zur Rationierungsdebatte ein Grundlagenpapier¹⁰ erarbeitet und dieses auf einem Factsheet¹¹ verdichtet. Diese Arbeit ist auch für den Diskurs zum assistierten Suizid unsere Basis. Wir stellen tendenziell eine unachtsame Herangehensweise an Rationierungsfragen fest. Dabei haben zusehends vor allem Alte und Mehrfachkranke das Nachsehen. Wenn sich medizinische Leistungserbringer aufgrund finanzieller Fehlanreize mit der Versorgung dieser Patienten in schwierige bis ruinöse Situationen bringen, dann haben sie gar keine andere Wahl, als sie nicht mehr zu versorgen. Diese Fehlanreize leisten das Fallpauschalensystem¹², die Qualitätsindikatoren des BAG¹³ und die Wirtschaftlichkeitsverfahren¹⁴ der santésuisse. Hier wird in dreifacher Hinsicht auf ethisch inakzeptable Weise rationiert: erstens zulasten der Alten und Kranken, zweitens auf dem Buckel der Leistungserbringer und drittens nicht offen, sondern verdeckt. Die Folge dieser verdeck-

¹⁰ <http://www.physicianprofiling.ch/VEMSRationierung2014.pdf>

¹¹ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetRationierung.pdf>

¹² <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetDRG.pdf>

¹³ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetBAGIndikatoren.pdf>

¹⁴ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetWZW.pdf>

ten Rationierung auf dem Buckel der Leistungserbringer und zulasten der Alten und der Kranken ist eine Situation, die von diesen durchaus als «Behandlungswillkür» empfunden werden kann. Exit bietet an, dem mit einem assistierten Suizid auszuweichen. Es gälte hier aber doch, an der Verbesserung der Situation zu arbeiten, nicht daran, dass sie nicht mehr erlebt werden muss.

Gewiss, die palliative medizinische Betreuung bis ans Lebensende schlägt mehr zu Buche als ein assistierter Suizid. Auch ist es gerechtfertigt, die Frage zu stellen, welche medizinischen Massnahmen in den letzten Lebenswochen noch sinnvoll sind und welche nicht. Diese Fragen sind es aber gerade, mit denen sich eine gute Palliativmedizin beschäftigt und auf die sie sich spezialisiert hat. Dabei gilt es, neben der medizinischen Dimension auch all die anderen Dimensionen in die Betrachtung mit einzubeziehen. Hier geht es darum, unter Einbezug des familiären und des persönlichen Umfelds des Patienten Entscheide zu fällen, die für alle stimmen, auch wenn nicht alle diese Entscheide noch gleich bewusst erleben können. Rationierungsmassnahmen im Bereich der Altersmedizin haben zur Folge, dass die Behandlungsentscheide der Palliativmedizin nicht mehr in dieser Weise gefällt werden können, was eben jene «Behandlungswillkür» zur Folge hat, die Exit beklagt und zum Argument für den assistierten Suizid erklärt. Die Gesundheitsökonomie sollte dies als Anlass nehmen, über ihre Fehlanreize nachzudenken und Szenarien zu entwickeln, damit eine medizinische Betreuung bis ans Lebensende finanziell tragbar ist.

Der gesellschaftliche und der politische Aspekt

Der assistierte Suizid scheint gesellschaftlich akzeptiert. Eine Mehrheit der Bevölkerung befürwortet ihn anscheinend, ebenso wie eine Mehrheit der Ärzteschaft. Beides scheint uns indes nicht erwiesen. Vielmehr gehen wir von einem problematischen gesellschaftlichen Druck auf das Individuum aus, der zu Suizidentscheiden führen kann, die nicht mehr ohne weiteres als autonom zu bezeichnen sind. Doch was ist überhaupt Autonomie? Ich werde den Autonomiebegriff auf Seite 23 untersuchen. Aus soziologischer und politischer Sicht kann gesagt werden, dass die Informiertheit eine zentrale Rolle dabei spielt. Die Entscheidung eines Menschen, der weder die Konsequenzen seiner Handlung abschätzen kann, noch die möglichen Alternativen zu dieser Handlung kennt, kann schwerlich als autonom bezeichnet werden. Hier liegt denn auch der Hauptauftrag der Suizidprävention an den Staat.

Man kann nicht sagen, dass er diesen Auftrag erfüllt. Weder werden die Möglichkeiten der palliativen medizinischen Betreuung bis ans Lebensende gebührend bekannt und beliebt gemacht, noch werden diese Möglichkeiten gefördert. Im Gegenteil schafft die Gesundheitsökonomie der Palliativmedizin einen Rahmen, in dem es für sie immer schwieriger wird, überhaupt diese Alternative zum assistierten Suizid zu sein. Der assistierte Suizid andererseits wird von unserer Regierung

und unseren Behörden mit Berufung auf die Willensfreiheit des Individuums geradezu beliebt gemacht. Wenn Vertreter unserer Regierung diesen Weg nicht nur wählen, sondern ihren eigenen assistierten Suizid auch noch öffentlich inszenieren, wie dies der kürzlich durch Exit aus dem Leben geschiedene Ständerat This Jenny getan hat, dann ist die Grenze des Zulässigen überschritten und die Sorgfaltspflicht gegenüber den Bürgern vernachlässigt.

Die Bürgerin, der Bürger hat wohl ein Recht, den Suizid zu wählen. Daraus leitet sich aber keine Pflicht des Staates ab, diesen zu fördern, geschweige denn zu leisten. Es ist vielmehr Aufgabe des Staates, ihn mit allen Mitteln zu verhindern, denn der Schutz des Lebens seiner Bürgerinnen und Bürger ist die oberste Aufgabe des Staates. Dass die Schweiz weltweit eine der höchsten Suizidraten hat, macht den Handlungsbedarf der Suizidprävention doch deutlich. In jüngster Zeit werden wir durch die Arbeit von Organisationen wie Exit oder Dignitas aber überdies auch noch zum Ziel von Suizidtouristen. Die Schweiz sollte nicht ein Land zum Sterben sein, sondern ein Land zum Leben.

Im derzeitigen Klima der gemachten Meinung ist es allerdings nicht eben leicht, die Stimme gegen den assistierten Suizid zu erheben. Religiöse Organisationen haben dazu einen Grund, den man allgemein als gut, wenn vielleicht auch als nicht mehr zeitgemäss durchgehen lässt. Kommen die Einwände hingegen von ärztlicher Seite, so wird es schwierig. Hier steht der Vorwurf im Raum, der Grund sei ein schlechter: Geldgier. Schliesslich verdient die Medizin ja doch recht gut an den letzten paar Wochen eines Menschenlebens. Diese Betrachtung der Medizin, die heute leider die übliche ist, zeigt, wie sehr wir sie nur noch als ökonomisches System wahrnehmen. Sie ist weit mehr: ein soziales System, zentral für die Art und Weise, wie wir als Menschen miteinander umgehen. Denn wie eine Gesellschaft die Alten und die Kranken behandelt, so steht sie zueinander.

Was sagt es also über unseren sozialen Zusammenhalt aus, wenn wir es als legitim erachten, das Rationierungsproblem, das die Gesundheitsökonomie mit den Alten und den Mehrfachkranken hat, so zu lösen, dass wir für sie den Suizid als gesellschaftlich akzeptable Handlung und die Beihilfe dazu als fakturierbare Dienstleistung akzeptieren? Und was macht diese Sichtweise mit uns, den Lebenden, noch Gesunden? Ist es erstrebenswert, sich für eine Gesellschaft einzusetzen, von der ich, bin ich alt und krank, nur noch den Rat zum Suizid erwarten darf? Lohnt es sich, für eine solche Gesellschaft, eine Gesellschaft also, die eigentlich keine menschlichen Werte und Visionen mehr hat, seinen Egoismus zu überwinden? Man ist am Ende ja doch alleingelassen, wieso sich also um den andern kümmern?

Die palliative Betreuung bis ans Lebensende ist kein Kostenärgernis, sie ist eine Chance, und zwar für alle, wie der Palliativmediziner Steffen Eychmüller in einem Vortrag eindrücklich

aufzeigt¹⁵. Wohl jeder Palliativmediziner kann Geschichten davon erzählen, was die Erkrankung eines Familienmitglieds mit der Partnerin, dem Partner, mit den Kindern und Enkelkindern macht. Plötzlich sind diese gezwungen, ihre Prioritäten anders zu setzen – ihren Egoismus zu überwinden! –, denn da ist jemand, der sie jetzt braucht, jemand, der vielleicht nicht mehr entscheiden kann, für den nun aber entschieden werden muss. Dies stösst Prozesse an, manchmal glücken sie mehr, manchmal weniger, doch immer sind sie eines: lehrreich, eine Erfahrung, die uns das Leben anders sehen lässt. Der Suizid bringt die Angehörigen um diese Erfahrung. Insofern ist er egoistisch. Wenn wir als Gemeinschaft nicht nur ihn, sondern auch das Geschäft mit der Beihilfe zu ihm akzeptieren, dann sagen wir damit nein zum Gemeinsinn und ja zum Egoismus. Man lebt allein, man stirbt allein. Dies wirft den Einzelnen gerade dort auf sich selbst zurück, wo er den Schutz der Gemeinschaft am dringendsten nötig hat, einer Gemeinschaft, die ihn mit ihren Werten und Visionen einbettet in einen Gesamtkontext, der das Sterben als Individuum auffängt. Wollen wir mit dieser Aussicht auf unser Ende leben?

Der psychologische Aspekt

Wir haben als Ausgangslage bei einer allfälligen Entscheidung für den assistierten Suizid also einen nicht zu leugnenden ökonomischen Druck, der dadurch entsteht, dass der andere Weg (die medizinische Betreuung bis ans Lebensende) angeblich nicht mehr lange bezahlbar sein wird. Wir haben überdies einen gesellschaftlichen Druck, der daraus entsteht, dass der Suizid bei einer unheilbaren Erkrankung angeblich gesellschaftlich akzeptiert ist und dass die Beihilfe zu diesem in der Ärzteschaft scheinbar eine hohe Akzeptanz genießt. Hinzu kommt eine mangelnde Information sowohl der Patienten als teilweise auch der medizinischen Leistungserbringer selbst über die Möglichkeiten der ärztlichen Sterbehilfe im Rahmen einer palliativen medizinischen Betreuung bis ans Lebensende sowie ein gesundheitsökonomisches Anreizsystem, das der Palliativmedizin Bedingungen setzt, die für die Patienten problematische Situationen schaffen.

Unter diesen Voraussetzungen von einer freien Entscheidung und von Selbstbestimmung zu reden, ist nachgerade naiv. Als würde dieser Druck nicht in unsere Entscheidung hineinwirken; ökonomische Überlegungen bestimmen heute ja einen Grossteil unseres Lebens, wir argumentieren längst schon auch in persönlichen Angelegenheiten mit ökonomischer Logik. Auch kann uns die angebliche Meinung der Mehrheit der Bevölkerung nicht egal sein, erst recht nicht, wenn Identifikationsfiguren den assistierten Suizid wählen und diese Entscheidung dann auch noch medial inszenieren. Schliesslich werden uns wohl auch die verführerischen Werbebilder von Organisationen wie Exit oder Dignitas nicht gerade zur kritischen Reflexion über den Suizid anregen. Wir haben

¹⁵ <http://www.palliative-so.ch/dokumente/Hoffnung%20und%20Chance%20in%20der%20Palliative%20Care%20Steffen%20Eychmueller.pdf>

insgesamt also ein Überangebot an Meinungsbestätigung für den Suizidwilligen und einen Mangel an Argumenten gegen den Suizid. Die Argumente für den assistierten Suizid sind bei näherer Betrachtung allerdings problematisch und nur in ganz wenigen Ausnahmesituationen haltbar. Betrachten wir die häufigsten drei:

| | |
|---|---|
| Ich möchte nicht Schmerzen ertragen, die unnötig sind, wenn der Kampf ums Leben ja doch verloren ist. | Die Palliativmedizin ist heute so weit entwickelt, dass – bis auf ganz wenige Ausnahmesituationen – niemand physische Schmerzen ertragen muss. Wenn hier also von Schmerzen die Rede ist, dann meint der Suizident vielleicht andere, psychische Schmerzen, und gerade dies würde doch nach einer Auseinandersetzung mit ihnen im Sinne einer Aufarbeitung im Sterbeprozess verlangen. |
| Ich möchte nicht, dass meine Lieben mich so sehen müssen. Ich möchte in Würde sterben. | Die Würde ist dem Menschen allein durch sein Menschsein gegeben. Keine Krankheit kann sie ihm nehmen. Dies kann einzig die Behandlung durch einen anderen Menschen, die dann eine unwürdige ist. Hier wird also kein persönlicher Sterbewunsch geäußert, sondern das Problem der sinkenden Behandlungsqualität, dem der Suizident ausweicht, weil er es nicht lösen kann. |
| Ich möchte niemandem zur Last fallen. | Hier wird auf den ersten Blick selbstlos argumentiert. «Ich möchte niemandem zur Last fallen» bedeutet hier aber doch wohl eher: «Ich möchte nicht der Mensch sein, der anderen zur Last fällt, weil das nicht meinem Selbstanspruch entspricht». Diese Argumentation geht in ihrem Egoismus also so weit, dass sie, allein des Selbstanspruchs wegen, dem anderen die Möglichkeit nimmt, den Sterbeprozess zu begleiten und in diesem Prozess zu lernen, den Tod der geliebten Person allmählich zu akzeptieren. |

Insgesamt zeigt sich, dass die Argumente für den assistierten Suizid (bis auf dasjenige des unerträglichen Leids in Ausnahmesituationen) rational nicht haltbar sind, weil emotional. Sogenannte Sterbehilfeorganisationen helfen dem Suizidenten als Teil ihrer Dienstleistung dabei, diesen emotionalen Argumenten einen rationalen Anstrich zu geben. Die Psychologie sollte hier Gegensteuer geben und daran arbeiten, diese Argumente als scheinrational zu entlarven. Denn der Grund, weshalb es kein rational vertretbares Argument für den Suizid gibt, liegt in der Psychologie selbst: ein Selbst, das sich selbst tötet, kann auch keinen Vorteil mehr haben von dieser Handlung, weshalb sie aus Sicht dieses Selbst tautologisch ist und niemals logisch. Diese Sicht hat allerdings etwas Einseitiges. Ich werde auf Seite 21 und auf Seite 23, wo ich den Autonomiebegriff untersuche, relativierend darauf zurückkommen.

Die Auseinandersetzung mit dem Suizid andererseits kann durchaus fruchtbar sein. Dies zeigen die Biographien vieler grosser Künstlerinnen und Künstler, auch diejenige von Hermann

Hesse, der auf der Website¹⁶ von Exit zitiert wird. Hesse hatte zeitlebens Phasen, in denen er mit Selbstmordgedanken rang. Dem ist wahrscheinlich ein Gutteil seiner Schaffenskraft zu verdanken, und hier zeigt sich der Irrtum, dem Exit unterliegt, wenn die Organisation Hesse im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid zitiert. Der Gedanke an Suizid mag menschlich sein, ihn zu begehen aber ist unmenschlich, weil das Ende des Menschseins. Hermann Hesse hat sich vielleicht durch den Gedanken an Selbstmord am Leben erhalten – man kann das eine geistige Übung nennen –, gestorben ist er nicht durch eigene Hand. Er verstarb im Schlaf an einem Schlaganfall, in seiner Hand das aufgeschlagene Buch «Bekenntnisse» des Kirchenvaters Augustinus.

Ein Beispiel, das den Unterschied zwischen Selbstmordfantasien als psychohygienische Katharsis und tatsächlich verübtem Suizid noch deutlicher aufzeigt, ist das Lebensende des Vaters der modernen Psychologie selbst. Ob Sigmund Freud, der Entdecker des Todestrieb, selber chronisch suizidal war, ist Spekulation. Im Alter jedenfalls machte sich eine seelische Verdüsterung in ihm breit, die auch Selbstmordfantasien aufkommen liess. 1911 schrieb er in einem Brief an Emma Jung: «Die Ehe ist längst amortisiert, jetzt gibt es nichts mehr als Sterben».¹⁷ 1923 erkrankte er dann an Gaumenkrebs und litt trotz zahlreicher Operationen an permanenten Schmerzen. Als er kaum mehr sprechen konnte und die Schmerzen unerträglich wurden, verlangte er bei seinem Arzt Dr. Schurnach nach Morphium, welches ihm seine Tochter Anna Freud injizierte, wobei die Dosierung nicht so hoch war, dass sie tödlich sein musste. (Die Dosis am zweiten Tag betrug 60 mg, eine in der Palliativmedizin übliche Dosis; die Anfangsdosierung liegt bei 40 mg pro 24 Std. Von einer Überdosis kann man nur sprechen, wenn nach der Injektion unmittelbar der Tod eintritt, was bei Freud offenbar nicht der Fall war.) Auch Freud wählte also am Ende dann eben doch nicht den assistierten Suizid, sondern die ärztliche Sterbehilfe im Rahmen einer medizinischen Betreuung bis ans Lebensende.

Anbieter von assistierten Suiziden appellieren in ihrer Argumentation oft an das Gewissen. Ist aber nicht Gewissen nur ein anderes Wort für Selbstanspruch? Und heisst erwachsen, reifer werden nicht eben, diesen Selbstanspruch zu hinterfragen und gegebenenfalls zu revidieren? Die Psychologie kann dabei helfen. Sie kann versuchen, mit dem Suizidwilligen zusammen herauszufinden, welches Selbst sich mit dem Selbstmord denn entselbstet will. Argumentiert der Suizident ökonomisch (wie dies beispielsweise der Fall ist, wenn er anbringt, niemandem zur Last fallen zu wollen), dann ist es vielleicht gerade so, dass er dieses Aspektes seines Ichs überdrüssig ist. Falls dem so ist, wäre es psychologisch gerade falsch, seinen Suizid zu ermöglichen, denn damit brächte man ihn um die wertvolle Erfahrung, sich selbst für einmal nicht auf ökonomische Nützlichkeit zu reduzieren und die Dienste anderer nicht als ein Geschäft zu sehen, sondern als ein Geschenk.

¹⁶ <http://exit.ch/startseite/>

¹⁷ http://www.literaturkritik.de/public/rezension.php?rez_id=13501

Macht er diese Erfahrung nicht, so stirbt er mit der Überzeugung, dass letztlich doch alles im Leben ein Geschäft ist und dass ein Mensch nichts mehr zählt, wenn er nicht mehr funktioniert. Diese Erfahrung wirkt dann auf seine Angehörigen zurück, und so bestätigt und erhärtet sie sich zur Überzeugung und legt den Samen für eine Kultur der Unmenschlichkeit.

Der rechtliche Aspekt

Recht und Ethik bilden zusammen den normativen Rahmen, in welchem sich eine Gesellschaft bewegt. Hierbei besteht eine Interdependenz, wobei durch Ungleichgewichte problematische Situationen entstehen können, was bei der Sterbehilfe in gewisser Weise geschehen ist: Die rechtliche Regelung des assistierten Suizids¹⁸ hat Möglichkeiten geschaffen, denen die Medizinethik nun hinterherhinkt. Sie tut dies mit Richtlinien (SAMW)¹⁹, mit Standesordnungen (FMH)²⁰, mit Positionspapieren und Verlautbarungen²¹. Dabei kommt sie in Summa zum Schluss, der assistierte Suizid sei zu befürworten, aber nicht Teil ärztlicher Tätigkeit. Ohne die Hilfe eines Arztes ist ein solcher aber gar nicht möglich, denn nur ein Arzt kann dem Suizidenten das dafür benötigte Natriumpentobarbital verschreiben. Eine Medizinethik, die es dabei belässt und keine Forderungen stellt, ist eine Pseudoethik. An erster Stelle wären dies Forderungen an das Recht, einerseits die, einen vertretbaren Rahmen für die Arbeit von Suizidbeihilfeorganisationen zu schaffen, andererseits die, gegen die Anreizsysteme vorzugehen, welche überhaupt erst die problematische Situation der Behandlung schaffen, die den Ruf nach dem assistierten Suizid laut werden lässt.

Wenn Ärzte in Spitälern umsatzabhängige Boni erhalten, dann wird der zahlungskräftige Privatpatient zum Renditeobjekt, das es mit möglichst vielen Behandlungen zu bewirtschaften, nicht mehr gemäss seinen Wünschen zu behandeln und auf seinen Wunsch eben auch nicht zu behandeln gilt. Wenn Ärzte in Netzwerken mit Budgetverantwortung²² dafür belohnt werden, ein Budget einzuhalten, das sie unabhängig von der konkreten Patientensituation vereinbart haben, dann können sie auf diese Patientensituation auch nicht eingehen. Beides liegt in einem rechtlichen Graubereich, den es endlich zu regeln gälte, um sicherzustellen, dass der Arzt tut, was er tut, weil es medizinisch angezeigt ist, nicht weil er ökonomisch dazu angereizt wird. Auch sind die Wirtschaftlichkeitsverfahren²³ heute so ausgestaltet, dass sie den Arzt, der alte und mehrfachkranke Patienten behandelt, bestrafen. Das Bundesgericht stützt sie aber weiterhin und fördert damit jenen Arzt, der sich so verhält, dass eine Behandlungssituation entsteht, die beim alten und mehrfachkranken Patienten den Wunsch nach assistiertem Suizid weckt.

¹⁸ <http://www.ageas.ch/fileadmin/data/Themen/Ethik/Beihilfe%20zum%20Suizid%20%20medizinische,%20rechtliche%20und%20ethische%20Aspekte.pdf>

¹⁹ <http://www.samw.ch/de/Ethik/Lebensende.html>

²⁰ http://www.fmh.ch/files/pdf15/Standesordnung_20140901dt_def.pdf

²¹ <http://www.medizin-ethik.ch/publik/sterbehilfe.htm>

²² <http://physicianprofiling.ch/VEMS-FactsheetGeheimvertraege.pdf>

²³ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetWZW.pdf>

Dieser andererseits ist kaum geregelt. Wer überprüft beispielsweise, ob beim Suizidenten tatsächlich ein anhaltender Sterbewunsch gegeben ist, wie es Artikel 115 des Strafgesetzbuchs vorschreibt? Dignitas führt assistierte Suizide teilweise schon wenige Tage nach dem Erstkontakt durch. Wie kann in solchen Fällen von einem anhaltenden Suizidwunsch ausgegangen werden? Und wie steht es mit der Information bezüglich Alternativen zum assistierten Suizid? Die Arbeit von Sekten wird überwacht, um die Mitglieder vor Manipulation zu schützen. Wie sieht dies bei Sterbehilfeorganisationen aus? Ist es zulässig, dass sie den Suizid wie ein Heilsversprechen verkünden?

Das Recht sollte einerseits Bedingungen schaffen, die es dem Arzt wieder ermöglichen, alte und polymorbide Patienten bis zum Tod medizinisch zu versorgen, ohne sich damit in existenzielle Gefahr zu bringen, und andererseits für jene, die sich auch dann noch für den assistierten Suizid entscheiden, die Arbeit der Suizidhilfeorganisationen strenger regeln. Beides ist derzeit nicht gegeben, in beiden Bereichen bestehen Grauzonen, deren Gleichzeitigkeit eine ethisch problematische Situation schafft, die man durchaus und ohne Polemik als gesellschaftliches Mobbing in den Alterssuizid bezeichnen kann.

Die bisherige philosophische Auseinandersetzung mit dem Suizid

Die philosophische Beschäftigung mit dem Suizid geht zurück bis ins Altertum und drehte sich lange Zeit um die Frage, ob und unter welchen Umständen ein Suizid moralisch geboten sei. Ich will dies mit einem groben Abriss aufzeigen:

Plato begreift den Menschen als Teil der Gesellschaft und die Gesellschaft als gottgegeben. Folglich ist für ihn der Suizid ein moralisch noch stärkeres Vergehen als der Verwandtenmord, denn der Suizident tötet damit nicht nur seinen allernächsten Geliebten, er handelt auch dem Staat zuwider, und damit widersetzt er sich dem göttlichen Willen. Ein Mensch, so Plato, erlaube seinem Sklaven ja auch nicht, sich zu töten. Ebenso missfalle es Gott, wenn ein Mensch sich töte. Dies gilt als Argument auch für Aristoteles, der den Selbstmord nicht als Vergehen gegen sich selbst sieht, sondern gegen das Gemeinwesen, wobei es ihm nicht um einen eigentlichen Schaden geht, den der Suizident dem Staat zufügt, sondern darum, dass er sich damit dem Herrschaftsanspruch des Staates widersetze. Der religiöse Anspruch Platos wird hier also zu einem säkularen Argument umgedeutet. Hinzu kommt bei Aristoteles ein tugendethischer Einwand: Ein Mensch, der sich selbst tötet, handelt feige.

Diese Sicht drehen die Stoiker gerade um. Zenon erlaubt den Suizid in einer Krise moralisch nicht nur, er erhebt ihn sogar zur Tugend, ein Gedanke, den wir dann bei Nietzsche wieder antreffen. Die griechisch-römische Antike malt das Bild eines würdevollen Suizids zur Rettung der

Ehre. Der Suizid gilt als wesentliches Element menschlicher Freiheit, weil er es uns erlaubt, jederzeit aus einem unerfreulichen oder erniedrigenden Dasein auszusteigen. Seine Blüte erreichte dieses Denken mit dem römischen Stoiker Lucius Annaeus Seneca. In einem Lehrbrief an einen Freund schreibt er: «Schneller zu sterben oder langsamer ist belanglos, anständig zu sterben oder schäbig ist wesentlich.»

Die abendländische Philosophie des Mittelalters ist dominiert vom Christentum, und damit ist klar, dass der Selbstmord abgelehnt wird. «Ich bin es, der tötet und lebendig macht», verkündet der Gott des Alten Testaments, und im neuen ist Jesus für uns Menschen am Kreuz gestorben, hat sein Leid also tapfer ertragen. Da ist wenig Platz für Verständnis für den Suizidenten. Augustinus erklärt den Suizid zum moralischen Vergehen und zeigt dies am Beispiel des Verräters und Suizidenten Judas auf, der sich mit seinem Handeln selber um die Zeit für eine heilsame Reue bringe. Auch die Möglichkeit, durch einen Suizid eine Sünde zu vermeiden, verwirft Augustinus. Der einzige Grund, der einen Suizid rechtfertigt, ist für ihn der, dass dieser gottgewollt sei, in keinem Fall aber dürfe der Suizid heroisiert werden. Dass sich Nietzsche dann gerade gegen dieses Gebot auflehnt und den selbstgewählten Tod bis an die Grenze zum Kitsch heroisiert, dürfte mit einer grundsätzlichen Auflehnung Nietzsches gegen das Christentum und seine Moral zu tun haben. Thomas von Aquin vertritt die Meinung Augustinus' und führt für sie drei Argumente ins Feld: Erstens handle der Mensch damit dem Gebot der Selbsterhaltung und -liebe zuwider, zweitens dem Gebot, nach dem Guten zu streben, da ein Suizid böse sei, und drittens dem Gebot, dass das Gemeinwohl über das eigene Wohl zu setzen sei, ein Argument, das bereits Aristoteles eingebracht hat.

Mit Neuzeit und Aufklärung rückt der Begriff der Freiheit und ihrer Grenzen ins Zentrum der Argumentation. Thomas More dreht in seinem Buch «Utopia» die Argumentation Aristoteles' gerade um: Zum Wohle des Staates und damit sie diesem nicht zur Last würden, sollten Priester und Behörden unheilbar Kranken zum Suizid raten, diese allerdings nicht dazu nötigen. Mit Michel de Montaigne kommt eine neue Überlegung in den Diskurs: Gegen einen Suizid ist dann nichts einzuwenden, wenn der Suizident damit ein noch grösseres Übel verhindert, also entweder etwas Schlechtem ausweicht oder etwas Besserem entgegenstrebt, beispielsweise, um in den Himmel zu kommen. Diesen Gedanken entwickelt David Hume weiter, der auf die Überlegungen der Stoa zurückkommt und argumentiert, gegen einen Suizid könne nur dann etwas eingewendet werden, wenn der Suizident damit seine Pflichten vernachlässige, gegenüber Gott, gegenüber sich selbst oder gegenüber seinem Nächsten. Den Herrschaftsanspruch des Staates gegenüber dem Individuum Aristoteles' akzeptiert Hume nicht, denn ein Selbstmord verursache dem Staat ja keinen eigentlichen Schaden.

Immanuel Kant argumentiert als Religionsphilosoph und Vater der Aufklärung sowohl über die Vernunft als auch über die Religion gegen den Suizid: «Die Selbstentleibung ist ein Verbrechen (Mord)²⁴». Kant unterscheidet allerdings einen mutigen Suizid (beispielsweise, wenn jemand zu Unrecht verurteilt worden ist), den er milder beurteilt, da der Mensch dann als freier Mensch sterbe. Gestützt auf und abgeleitet aus dem kategorischen Imperativ sieht Kant den Suizid als im Widerspruch zu menschlicher Vernunft stehend und deshalb als unmoralisch, denn Vernunft ist bei Kant gleich Sittlichkeit. Ich werde auf Kants Begründung weiter unten zurückkommen. Schliesslich beurteilt Kant den Suizid auch aus religiöser Sicht und sieht aus dieser Sicht im Suizidenten einen Rebellen gegen seine Bestimmung und gegen den Willen Gottes.

Am deutlichsten widersetzt sich dieser Sicht dann Friedrich Nietzsche, dessen Argumentation wir genauer anschauen wollen, da sie sich heute in der Argumentation von Suizidhilfeorganisationen wiederfindet, die alle mehr oder weniger über die Selbstbestimmung argumentieren. Dieses Argument findet seinen Ausdruck im Begriff «Freitod», welcher zum ersten Mal auftaucht in Friedrich Nietzsches Buch «Also sprach Zarathustra»²⁵, das zwischen 1883 und 1885 entstand, seine zweifelhafte Wirkung aber erst Jahre später entwickelte, als es in den Kanon der Literatur des Nationalsozialismus⁶ aufgenommen wurde. Es ist anzunehmen, dass dies nicht im Sinne Nietzsches gewesen wäre, hätte er, der seine letzten 12 Lebensjahre im Zustand des Wahnsinns vor sich hindämmerte, sich noch gegen die Bemühungen seiner Schwester Elisabeth wehren können, sein Werk bei den Nationalsozialisten beliebt zu machen. Die Frage, ob Nietzsche geistig die Gaskammern der Nazis geöffnet hat, ist strittig, unbestritten ist jedoch, dass sein Spätwerk als Sozialdarwinismus verstanden werden kann, wenn man es so verstehen will.

Das Kapitel, in welchem der Begriff des Freitods zum ersten Mal auftaucht, macht es einer solchen Lesart nun ausserordentlich leicht. Es heisst «Vom Freien Tode»²⁶ und verkündet die Lehre, als selbstbestimmter Mensch auch selbstbestimmt zu sterben, will heissen: zur rechten Zeit: «Meinen Tod lobe ich euch, den freien Tod, der mir kommt, weil ich will. Und wann werde ich wollen? – Wer ein Ziel hat und einen Erben, der will den Tod zur rechten Zeit für Ziel und Erben.» Soweit, so problematisch. Wenn dann aber jene, die anderer Meinung sind, als Überflüssige verhöhnt werden, dann wird es noch problematischer: «Aber auch die Überflüssigen thun noch wichtig mit ihrem Sterben, und auch die hohlste Nuss will noch geknackt sein.» Dies gipfelt schliesslich in Sätzen wie diesen: «Viel zu Viele leben und viel zu lange hängen sie an ihren Ästen. Möchte ein Sturm kommen, der all diess Faule und Wurmfressne vom Baume schüttelt!». Insgesamt fällt es schwer, den Zarathustra nicht sozialdarwinistisch zu verstehen, was im Kapitel «Von alten und

²⁴ Die Metaphysik der Sitten, § 6

²⁵ http://de.wikipedia.org/wiki/Also_sprach_Zarathustra

²⁶ <http://gutenberg.spiegel.de/buch/also-sprach-zarathustra-ein-buch-fur-alle-und-keinen-3248/32>

neuen Tafeln»²⁷ des gleichen Buches, dort, wo auch der unselige, weil leicht misszuverstehende Begriff «Übermensch» auftaucht, doch seinen unmissverständlichen Ausdruck findet im Satz: «Was fällt, das soll man auch noch stossen!»

Der Begriff des Freitods ist also in einem geistigen Klima entstanden, das als sozialdarwinistisch, wenn nicht als faschistoid bezeichnet werden muss. Zur Beantwortung der Frage, ob der Begriff seither eine grundsätzliche Wandlung erfahren hat, empfiehlt sich die Lektüre des fraglichen Kapitels aus dem Zarathustra²⁸. Wir finden dort die gleichen Argumente, die gleiche Sprache und vor allem das gleiche Todespathos, welches wir aus der Kommunikation von Organisationen wie Exit oder Dignitas kennen und welches man durchaus als Freitodkitsch bezeichnen kann. Dem suggestiven Sog, der dies beim Lesen erzeugt, wollen wir widerstehen und den sogenannten Freitod rational betrachten: Gibt es überhaupt so etwas wie einen freien Tod? «Frei zum Tode und frei im Tode», heisst es in besagtem Kapitel. Ist hier aber nicht der grundsätzliche Irrtum dieses Gedankens abgelegt? Wer frei zum Tode geht, also den Freitod wählt, ist der dann frei im Tode? Ist er dort freier als die anderen, die, wie sie Nietzsche nennt, Überflüssigen, jene, die warten, bis der Tod zu ihnen kommt? Wir wissen es nicht, es ist Spekulation. Und diese Spekulation schafft den Raum für ein quasireligiöses Todespathos, das letztlich nicht ein Ja zum Tod ist, sondern in erster Linie ein Nein zum Leben.

Den Freitod gibt es nicht, denn weder wissen wir, ob wir frei sind, wenn wir tot sind, noch wissen wir, ob dieser Tod freier zu uns kommt, wenn wir seinen Zeitpunkt selber bestimmen. Wer dem, der den Suizid wählt, einen freien Tod verspricht, macht ihm ein Versprechen, das er nicht einlösen kann, und dies ist es, was Sterbehilfeorganisationen tun: Sie appellieren an den Selbstanspruch von Menschen, die gewohnt sind, ihr Leben zu kontrollieren, weil sie Kontrolle mit Freiheit gleichsetzen. Mit diesem Bild von sich selbst als ein Mensch, der frei ist, weil er sein Leben kontrolliert, haben sie gelebt, und damit möchten sie auch sterben. Dieser Selbstanspruch ist am Ende des Lebens aber hinfällig, weil sich das Selbst dann auflöst. Diese Auflösung ist der Prozess des Sterbens, und er ist eine wichtige menschliche Erfahrung, für das Selbst, das sich auflöst, ebenso wie für seine Angehörigen.

Der Suizid verunmöglicht diese Erfahrung und blendet damit nicht nur sie, sondern mit ihr auch eine ganze ontologische Dimension des Menschseins aus. Es kann nicht ohne Folgen für unser Menschenbild und für unser Dasein als Menschen bleiben, wenn der Suizid zur Normalität wird und die Beihilfe zu diesem zum legitimen Geschäftsmodell. Der Suizid sollte die existenzielle Katastrophe bleiben, die er ist. Wir dürfen es uns als Gesellschaft nicht erlauben, ihn auf die banale Frage einer technischen Lösung am Lebensende zu reduzieren.

²⁷ <http://gutenberg.spiegel.de/buch/also-sprach-zarathustra-ein-buch-f-3248/67>

²⁸ <http://gutenberg.spiegel.de/buch/also-sprach-zarathustra-ein-buch-fur-alle-und-keinen-3248/32>

Die heutige philosophische Auseinandersetzung mit dem Suizid

Denken und Sprache der bedingungslosen Befürworter des assistierten Suizids und des Geschäfts mit ihm sind bei Friedrich Nietzsches «Zarathustra» stehengeblieben. Damit bringen sich ihre Vertreter in eine gefährliche Nähe zu braunem Gedankengut, wohl ohne sich dessen bewusst zu sein. So unbestritten fruchtbar der Beitrag von Nietzsches Werk insgesamt ist, der Beitrag seines Spätwerks ist und bleibt ein zweifelhafter. Ein Freiheitsanspruch, der so absolut ist, dass er sich noch über den Tod hinausdehnen will, und meint, dies zu können, indem er den Suizid wählt, ist nachgerade pubertär, auch dann, wenn dieses Hinausgehen über den Tod lediglich ein geistiges ist, der Tod selbst also gar nicht gewollt wird, sondern lediglich die Möglichkeit, gehen zu können, wann man will.

Vielleicht hat Nietzsche mit seinem absoluten Freiheitsanspruch einen Beitrag dazu geleistet, dass wir heute weniger moralisierend über den Suizid reden können. Doch tun wir das auch? Dominiert nicht nach wie vor die Moral? Und beginnt dies nicht bereits mit den Begriffen? Ich habe, ausser an Stellen, wo es mir angebracht schien, den Begriff «Selbstmord» vermieden und von Suizid gesprochen (lat. sui cedere, sich töten). Dies aus einem Grund: Genauso, wie der Begriff «Freitod» eine positive Wertung impliziert, trägt der Begriff «Selbstmord» eine negative. Ein Mord ist ja in aller Regel ein moralisches Vergehen, das nur in Ausnahmesituationen toleriert wird. Argumentiert man im Schema Selbstmord-versus-Freitod, steht eine Moral gegen die andere. Das führt nicht zu sachlichen Lösungen. Im Zentrum der philosophischen Auseinandersetzung mit dem Suizid steht heute die medizinethische Frage der Patientenautonomie. Man gesteht dem, der den Weg des Suizids wählen will, das moralische Recht dazu ein, gesetzt, er verursache damit keinen grösseren Schaden, und gesetzt, seine Entscheidung sei, wenn vielleicht auch nicht objektiv, so doch in ihrer Weise rational und er selbstbestimmt.

Die radikalste These zur Frage der Autonomie von Suizidenten ist die, ein Suizident sei in keinem Fall selbstbestimmt, weil in jedem Fall unvernünftig. Die Frage, ob man sich vernünftigerweise überhaupt das Leben nehmen wollen kann, wird mit dieser These verneint. Kant hat dies damit begründet, dass der Suizid im Widerspruch zum Grundgesetz der praktischen Vernunft und zum kategorischen Imperativ stehe. Sich selbst als Vernunftwesen achten heisst laut Kant, Zweck der eigenen Handlungen zu sein. Da man aber nicht gleichzeitig etwas bezwecken und es vernichten kann, folgert daraus, dass der Suizident mit dem Suizid gar nicht den Tod beabsichtigt, sondern diesen nur als Mittel einsetzt, um etwas anderes zu bezwecken, beispielsweise die Vermeidung von Schmerzen. Dafür, so Kant, setze er seine Existenz als Vernunftwesen als Mittel ein, was eine Abweichung vom Vernunftgesetz und deshalb notwendigerweise unvernünftig sei.

Diese These kann man allerdings auch umdrehen: Es ist nicht notwendigerweise unvernünftig, sich das Leben zu nehmen, sondern im Gegenteil notwendigerweise vernünftig. Wenn man, wie dies die Stoiker taten, im Suizid einen legitimen, ja einen heroischen Weg sieht, ein unwürdiges Leben zu beenden, nun aber im Gegensatz zu ihnen nicht mehr an einen Sinn des Lebens insgesamt glaubt, wie dies die grundsätzlich pessimistische Haltung der Moderne tut, so ist das Leben, das dann als Ganzes keinen Sinn mehr hat, auch kein würdiges Leben mehr, weshalb man es vernünftigerweise durch einen Suizid beenden sollte. Dostojewski hat einen solchen «logischen Selbstmörder» in der Person des Kirillow im Roman «Die Dämonen» beschrieben und diesen Gedanken in einer Zeitungskolumne ausgeführt, wo er argumentiert, nach dem Verlust der Unsterblichkeitsidee sei der Selbstmord für jeden Menschen, der auch nur ein wenig über den Tier stehe, zur unvermeidlichen, bedingungslosen Notwendigkeit geworden. Ein vernünftiger Mensch hat also laut Dostojewski nur die Wahl: Entweder er glaubt an die unsterbliche Seele wie Dostojewski, und sein Leben hat einen Sinn, oder er tut es nicht, und dann muss er Suizid begehen.

Der Existenzphilosoph Albert Camus folgt diesem Gedanken, führt ihn dann aber in sich selbst ad absurdum. In einer absurden Welt, so Camus, sei auch der Ausweg des Selbstmords versperrt, denn wenn gar nichts einen Sinn habe, dann habe auch der Selbstmord keinen. Camus Buch «Der Mythos des Sisyphos» beginnt mit den Worten: «Es gibt nur ein wirkliches ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord. Die Entscheidung, ob das Leben sich lohne oder nicht, beantwortet die Grundfrage der Philosophie.» Camus versteht das Leben zwar als ein Absurdum, den Selbstmord aber als noch grösseres. Leben bedeutet für Camus, sich dem Absurdum Leben zu stellen, dagegen zu revoltieren und sich in dieser Revolte als Mensch laufend zu konstituieren. Die Revolte ist für Camus die einzig ehrenvolle Weise, sich der Welt zu stellen, es geht bei ihm nicht darum, sich umzubringen, sondern weiterzuleben, denn es gebe «kein schöneres Schauspiel als die Intelligenz im Widerstreit mit einer ihn überschreitenden Wirklichkeit».

Diese Ausführungen zeigen, dass es keine einfache Sache ist, die Autonomie eines Suizidenten zu beurteilen. Zwischen den beiden Extrempositionen (von denen jede logisch begründbar ist), dem Suizidenten jegliche Autonomie abzusprechen oder nur ihm überhaupt eine Autonomie zuzusprechen, gilt es, eine realistische Einschätzung seiner Autonomie zu finden. Dass wir ihm dabei nicht gerecht werden, wenn wir diese Einschätzung auf vernünftige Argumente stützen, führt uns das Werk eines Denkers vor Augen, der, anders als Camus, den Suizid nicht von aussen betrachtet, sondern mit einer introspektiven Sicht: Jean Améry. Diese Sicht war auch die Perspektive von Améry selbst, der sein Buch «Hand an sich legen»²⁹ auf der Flucht vor den Nationalsozialisten zwischen zwei Selbstmordversuchen geschrieben hat, von denen der zweite tödlich war.

²⁹ Jean Améry, Hand an sich legen: Diskurs über den Freitod, Klett-Cotta, ISBN-10: 3608952330

Wie Camus, ist auch Amery der Meinung, es sei falsch, dem Suizid moralisch zu begegnen. In seiner Argumentation unterscheidet er zwischen der Logik des Lebens (der praktischen Vernunft) und der Logik des Todes, welcher der Suizident folge. Hierbei unterscheidet Amery weiter zwischen der Freiheit zu etwas und der Freiheit von etwas. Unsere Vernunft stützt sich, so Amery, immer auf die Freiheit zu. Und die Freiheit zu ist immer eine Freiheit zu einer gewünschten Fortsetzung unseres Lebens, wobei wir verschiedene Optionen abwägen, um jene zu wählen, die uns für diese Fortsetzung als die richtige scheint. Den Suizidenten treibt aber nicht die Freiheit zu, sondern die Freiheit von. Er will sich von etwas befreien, ungeachtet, welche Folgen dies für ihn hat. Daraus können wir folgern, dass es Unsinn ist, sich bei der Beurteilung der Autonomie eines Suizidenten darauf zu stützen, welche Optionen zum Weiterleben dieser hat. Hier geht es vielmehr darum, herauszufinden, wovon er sich befreien will und ob der Suizid wirklich der einzige Weg für diese Befreiung ist.

Suizid und Autonomie

Wenn wir dem Suizidenten heute unter Berufung auf die Autonomie ein prinzipielles Recht eingestehen, Suizid zu begehen, dann stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen diese Autonomie gegeben ist – grundsätzlicher: was überhaupt eine autonome Handlung kennzeichnet und wie wir eine Handlung als autonom erkennen können. Dabei stehen wir vor dem Problem, dass es sich bei der Autonomie um einen unscharfen, nicht klar definierbaren Wert handelt. Niemand ist absolut autonom, ebenso wie niemand komplett fremdbestimmt ist. Johann S. Ach von der Westfälischen Wilhelms Universität in Münster geht den beiden Fragen, ob man ein Recht auf Suizid über den Autonomieanspruch begründen kann und von welchen Handlungen gesagt werden kann, dass sie autonom sind, in seiner Arbeit «Autonomer Suizid?»³⁰ aus philosophischer Sicht nach. Eine solche Untersuchung würde den Rahmen dieses Positionspapiers sprengen, weshalb hier auf diese Arbeit verweisen sei.

Was uns interessiert, ist die praktische Frage, woran autonome Entscheidungen zu erkennen sind. Es ist dies der Ruf nach Kriterien und Testverfahren, die die Selbstbestimmtheit von Suizid-Handlungen sicherstellen, denn solche Kriterien und Testverfahren fehlen derzeit weitgehend, bzw. sie sind nicht operationierbar und nicht validiert. Vor diesem Hintergrund erscheint die Arbeitsweise von Suizidhilfeorganisationen nachgerade fahrlässig. Die Sicherstellung, dass der Sterbewunsch anhaltend sei, wie es Artikel 115 des Strafgesetzbuchs vorschreibt, garantiert in keiner Weise die Selbstbestimmtheit des Suizidenten. Ist diese jedoch nicht gegeben, so kann auch nicht von einer autonomen Handlung ausgegangen werden. Der Suizident wurde dann vielmehr überrumpelt – hat

³⁰ https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegrueundung/intern/publikationen/ach/20_ach_-_autonomer_suizid.pdf

sich selber überrumpelt. Ludwig Wittgenstein, der als Teenager zwei seiner Brüder durch Suizid verloren hat und einen dritten aus demselben Grund 1918 nach dem Ende des Ersten Weltkriegs, schrieb in einem Brief aus dieser Zeit: «Ich weiß, daß der Selbstmord immer eine Schweinerei ist. Denn seine eigene Vernichtung kann man gar nicht wollen und jeder, der sich einmal den Vorgang beim Selbstmord vorgestellt hat, weiß, daß der Selbstmord immer eine Überrumpelung seiner selbst ist. Nichts aber ist ärger als sich selbst überrumpeln zu müssen»³¹.

Die Tatsache, dass die meisten Menschen nicht Suizid begehen, weil sie die Absurdität des Lebens nicht ertragen, sondern weil sie psychisch oder physisch krank sind, bestätigt die Überrumpelungsthese Wittgensteins. Versteht man das Selbst nun nicht einfach als einen bestimmten Charakter mit festem Persönlichkeitskern, sondern als eine innere Vielheit, so bedeutet dies für den Suizid, dass hier eine dieser Ich-Instanzen die Macht über die anderen erlangt – sie überrumpelt. Es gilt also festzustellen, ob diese Ich-Instanz sich irrt, bzw. ob der Suizident die Alternativen zum Suizid kennt und in Betracht gezogen hat. Argumentiert ein Suizident beispielsweise, er wolle andern nicht zur Last fallen, so dominiert ihn eine Ich-Instanz, die das Selbst über die Nützlichkeit für andere definiert. Argumentiert er, sein Zustand sei ein unwürdiger, so kann dies auch ein Hinweis auf eine unwürdige Behandlung sein, weshalb es dann diese unwürdige Behandlung zu beseitigen gilt, nicht das Leben, denn in diesem Fall dominiert den Suizidenten eine Ich-Instanz, welche die Würde des Lebens über die Würde definiert, die andere ihm entgegenbringen. Was hier einzig zählt, ist aber die Würde, die das Leben an sich hat, und diese ist dem Menschen allein durch sein Menschsein gegeben.

Der einzige Grund, der einen Suizid rechtfertigt, ist – ich komme auf Camus zurück –, dass sich das Leben für den Suizidenten selbst nicht mehr lohnt, unabhängig von der Meinung anderer, unabhängig vom Bild, das andere von ihm haben, unabhängig von ihren Erwartungen. Dies kann allerdings auch bedeuten, dass es sich so nicht mehr lohnt. Wie müsste es also sein, damit es sich für ihn wieder lohnt? Ist dieses Wie nicht machbar, beispielsweise, weil er trotz Schmerzmitteln anhaltende, unerträgliche Schmerzen hat und auch nie mehr schmerzfrei sein wird, weil jede Behandlungsoption keine Verbesserung seines Zustands bringen wird, so ist ein assistierter Suizid verantwortbar. Bei einem Suizidenten, der die Optionen zum Suizid aber gar nicht kennt, kann auch nicht von einem selbstbestimmten Entscheid ausgegangen werden.

Daraus leitet sich die Forderung an Organisationen wie Exit ab, den Suizidenten über die Alternativen zum Suizid im Rahmen einer palliativen medizinischen Versorgung und einer ärztlichen Sterbehilfe umfassend zu informieren. Diese Beratung kann nur eine medizinische Fachperson leisten, und hier liegt denn auch die Rolle des Arztes beim assistierten Suizid.

³¹ Wittgenstein, Briefe, Frankfurt/M. 1980, S. 113

Der Rolle des Arztes beim assistierten Suizid

Die hier aufbereitete Faktenlage zeigt, weshalb wir, sollen die Dinge nicht aus dem Ruder laufen, die Arbeit von Organisationen wie Exit oder Dignitas einer kritischeren ethischen Prüfung unterziehen müssen, als dies heute der Fall ist. Die Idee des Freitods ist ein moralisches Konzept, wenn man so will. Die Argumentation, mit der diese zweifelhafte Moral im Zarathustra vertreten wird, spricht insgesamt am ehesten einer utilitaristischen Ethik das Wort, und so wird heute in der Regel auch für den assistierten Suizid argumentiert. «Wer ein Ziel hat und einen Erben, der will den Tod zur rechten Zeit für Ziel und Erben» heisst ja nichts anderes als, dass man gehen soll, wenn man den anderen nicht mehr von Nutzen ist.

Diese Sicht auf die Dinge hat sich in den letzten Jahren zur dominierenden Betrachtungsweise entwickelt. Ethische Gegenpositionen in der Tradition prinzipienethischer Konzepte und vor allem jene in der Tradition der Tugendethik werden zusehends als weltfremd abgetan. Als sei es nicht weltfremd, Handlungen allein danach zu beurteilen, ob sie dem grösstmöglichen Nutzen für eine grösstmögliche Zahl zudienen.

Die utilitaristische Ethik hat zweifelsohne ihre Berechtigung, auch bei der Betrachtung gesundheitsökonomischer Problemstellungen. Sie muss dort aber mit anderen ethischen Konzepten abgewogen werden, denn sie ist der Medizin grundsätzlich fremd. Ihre beiden ethischen Konzepte sind einerseits das prinzipienethische Modell nach Beauchamp und Childress³² mit seinen vier Prinzipien: 1. das Prinzip, wohlzutun, 2. das Prinzip, nicht zu schaden, 3. das Prinzip der Autonomie des Patienten und 4. das Prinzip der Gerechtigkeit. Andererseits ist auch das ärztliche Berufsethos, welches im Eid des Hippokrates³³ und in der Genfer Deklaration des Weltärztebundes³⁴ seinen Ausdruck findet, mehr als ein Moralsystem, denn es werden hier nicht nur hehre Werte verkündet, es geht hier vielmehr darum, diese Werte als Tugenden in der Ärzteschaft zu verankern. Um aufzuzeigen, welche Probleme eine einseitige Betrachtung aus der Warte der utilitaristischen Ethik schafft, vergleiche ich im Folgenden die ärztliche Sterbehilfe mit dem assistierten Suizid, wobei ich davon ausgehe, dass der Patient in beiden Fällen gestorben ist.

³² <http://www.jakobi-rheine.de/sites/default/files/Rathmer%20Prinzipien.pdf>

³³ http://de.wikipedia.org/wiki/Eid_des_Hippokrates

³⁴ http://de.wikipedia.org/wiki/Genfer_Deklaration_des_Welt%C3%A4rztebundes

| | |
|---|--|
| <p>Utilitarismus als Nutzenethik</p> <p>Die Nutzenethik (teleologische Ethik) zeichnet Handlungen aus, die für möglichst viele Menschen möglichst erwünschte Erfolge zeigen. Dies kann ein grösstmöglicher Nutzen oder grösstmögliches Glück für die grösstmögliche Zahl sein. Hier wird also das Resultat eines utilitären Optimums, der Nutzen, in den Mittelpunkt der Beurteilung gestellt.</p> | <p>Ärztliche Sterbehilfe: Der Arzt arbeitet an der Heilung und der Linderung der Schmerzen des Patienten und nimmt dabei dessen Tod in Kauf.</p> <p>Assistierter Suizid: Der Arzt arbeitet am Tod des Patienten und nimmt dabei in Kauf, dass dieser den Selbstmord dann doch nicht ausführt, weil er es sich anders überlegt – also gewissermassen durch die Arbeit des Arztes geheilt wurde.</p> <p>Die ethische Beurteilung der Handlung fällt in beiden Fällen gleich aus, denn das Resultat ist dasselbe.</p> |
| <p>Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress als Verpflichtungsethik</p> <p>Die Verpflichtungsethik (deontologische Ethik) fragt nach der Handlung selbst und stellt Regeln auf, wie sich rechtfertigen lässt, dass Akteure kategorisch verpflichtet sind, bestimmte Handlungen auszuführen oder zu unterlassen. Hier wird also die Handlung in den Mittelpunkt der Beurteilung gestellt.</p> | <p>Ärztliche Sterbehilfe: Der Arzt folgt dem Prinzip, dem Patienten wohlzutun, zum Beispiel, indem er ihm zur Schmerzlinderung Morphium verabreicht. Den Patientenwunsch nach Erhöhung der Dosis bis in einen kritischen Bereich folgt er soweit, wie es die Schmerzlinderung rechtfertigt, nicht aber, wenn er ein Suizidwunsch ist. Dem Wunsch nach Unterlassung einer lebenserhaltenden Massnahme entspricht er, weil er das Prinzip der Autonomie des Patienten in diesem Fall über das Prinzip des Nichtschadens stellt.</p> <p>Assistierter Suizid: Der Arzt missachtet das Prinzip des Wohltuns, indem er keine Heilung und keine Schmerzlinderung leistet, sondern Beihilfe zum Suizid. Damit verstösst er überdies gegen das Prinzip des Nichtschadens. Die Rechtfertigung seiner Handlung mit dem Prinzip der Autonomie ist insofern problematisch, als die Selbstbestimmtheit einer Handlung grundsätzlich und im Speziellen bei Suizidenten nur sehr schwer und nie objektiv feststellbar ist. Der Arzt kann sein Handeln einzig mit dem Gerechtigkeitsprinzip überzeugend rechtfertigen, welches er hierzu allerdings so auslegen muss, dass er argumentiert, die Ressourcen für kommende Generationen wären nicht mehr verfügbar, würde jeder Patient bis zum Lebensende medizinisch versorgt.</p> |
| <p>Eid des Hippokrates und Genfer Deklaration des Weltärztebundes als Tugendethik</p> <p>Die Tugendethik betrachtet den Handelnden und seine Haltung. Sie fragt, in welchen Handlungsweisen sich der Einzelne einüben muss, um ein tauglicher Staatsbürger, ein «guter Mensch» zu werden. Hier wird also die Person in den Mittelpunkt der Beurteilung gestellt.</p> | <p>Ärztliche Sterbehilfe: Das Handeln des Arztes ist ohne weiteres in Einklang zu bringen mit seinem Eid; er handelt den Tugenden gemäss, die sich darin ausdrücken.</p> <p>Assistierter Suizid: Der Arzt handelt verschiedenen ärztlichen Tugenden zuwider, am deutlichsten jenem Teil des Hippokratischen Eids, der den assistierten Suizid verbietet. Er bricht aber auch andere Versprechen seines Eides, vornehmlich die folgenden drei: «Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein», «Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden» und «Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben», allenfalls auch: «Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen».</p> |

Wir sehen also, dass einzig die utilitaristische Ethik den assistierten Suizid durch den Arzt ohne weiteres als unproblematisch beurteilen kann. Die Rechtfertigung solchen Handelns gelingt der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress nur unter arger Verbiegung, und tugendethische Ansätze in der Tradition des ärztlichen Berufsethos⁴ erlauben eine positive Beurteilung desselben gar nicht. Wenn nun aber einzig die utilitaristische Ethik den assistierten Suizid durch den Arzt als unproblematisch beurteilt, dann wird doch die Problematik dieser Art der Beurteilung medizinischen Handelns augenfällig. Was spricht beispielsweise nach utilitaristischer Ethik schon dagegen, unseren Nachwuchs nicht mehr zu zeugen, sondern in Laboren zu züchten? Das Resultat ist doch dasselbe, und der utilitäre Nutzen für die grösstmögliche Zahl wird so erhöht, indem gezielt den gesellschaftlichen Bedürfnissen entsprochen werden kann, auf die man den Nachwuchs dann zuschneidet. Auch liesse sich aus utilitaristischer Ethik unter Berufung auf den grösstmöglichen Nutzen für die grösstmögliche Zahl ohne weiteres ein Zwang zum Suizid für unheilbar Kranke und für Behinderte ableiten.

Dieses makaberen Gedankenspiele sollen zeigen: Es ist doch wohl fraglos, dass die Medizin eine ausgewogene ethische Beurteilung ihres Handelns braucht, um menschliche Medizin zu bleiben. Entfällt diese Ausgewogenheit, so ist die Medizin weiter nichts mehr als eine Abteilung der Ökonomie. Das können wir nicht wirklich wollen. Können wir den assistierten Suizid dann aber wollen? Ohne Mitwirkung eines Mediziners ist dieser Suizid ja gar nicht möglich, denn nur ein Arzt kann dem Suizidenten das dafür benötigte Natrium-Pentobarbital verschreiben. Wir müssen also, wollen wir den assistierten Suizid gutheissen, die Medizin in einer Art und Weise beurteilen, wie wir sie gar nicht beurteilen wollen können, denn sie so beurteilen heisst, sie zu etwas machen, was uns als Menschen bedroht, zu etwas, was uns moralisch falsch erscheint. Die Beurteilung der ärztlichen Sterbehilfe im Rahmen einer palliativen medizinischen Betreuung bis zum Lebensende hingegen gelingt ohne ethische Verbiegung. Was wir hier als unproblematisch beurteilen müssen, um das Handeln des Arztes zu rechtfertigen, das können wir als Massstab auch für andere medizinische Handlungen gelten lassen. Es ist in Einklang mit unserem Verständnis dessen, was wir in Bezug auf die Medizin als moralisch richtig empfinden.

Die Rolle des Arztes beim assistierten Suizid darf also nicht die des Handlangers von Suizidhilfeorganisationen sein. Es ist auch nicht damit getan, dass er den assistieren Suizid zwar gutheisst, damit aber nichts zu tun haben will. Er hat etwas damit zu tun, ob er es will oder nicht, allein dadurch, dass er Arzt ist. In diesem moralischen Dilemma bleibt ihm nur, seine Pflicht nach bestem Wissen und Gewissen zu erfüllen, will heissen: den Patienten sachlich und ohne Moralin über die Alternativen zum assistieren Suizid zu informieren – um ihn am Ende tun zu lassen, was er für das Richtige hält. Hat der Arzt das Gefühl, der Suizident handle nicht selbstbestimmt, oder verweigert

die Suizidhilfeorganisation die Zusammenarbeit mit dem Arzt, obwohl der Suizident diese wünscht, so hat der behandelnde Arzt die Pflicht, dies den Behörden umgehend zu melden und alles in seiner Macht stehende zu tun, um den assistierten Suizid zu verhindern. Im allgemeinen Diskurs zum assistierten Suizid sollte der Arzt seine Sicht, die medizinische Sicht, einbringen, mit den sachlichen Bedenken und Argumenten, die in diesem Positionspapier ausformuliert wurden. Der Arzt muss sich engagieren – sonst wird er engagiert, und zwar für eine Sache, die seinem Berufsethos zuwiderläuft.

Der Rolle des Staates in der Suizidprävention

Fakt ist: Der assistierte Suizid wird gefördert, die ärztliche Sterbehilfe erschwert. Die ökonomischen Hintergründe hierzu wurden hier aufgezeigt, ebenso wurde aufgezeigt, wie auf der gesellschaftlichen Ebene ein Klima geschaffen wird, das für den assistierten Suizid die Zustimmung einer Mehrheit schafft, indem diese Mehrheit suggeriert wird.

Einen Beitrag zu diesem als Manipulation zu taxierenden Unterfangen leistet auch das Bundesamt für Statistik (BFS): Im Jahr 2009 hat das BFS zum ersten Mal eine systematische Erfassung der Suizide in der Schweiz vorgenommen³⁵. In diesem Papier wird eine Unterscheidung zwischen Suizid und Sterbehilfe vorgenommen. Unter Sterbehilfe versteht man nun ausschliesslich den assistierten Suizid, die Fälle, die durch ärztliche Sterbehilfe verstorben sind, werden gar nicht erfasst, was wohl auch nicht machbar wäre. Einschneidender ist jedoch, dass assistierte Suizide so nicht mehr als Suizide gelten. Sie erscheinen also gar nicht mehr in der Suizidstatistik. Das BFS begründet dies so: Assistierte Suizide würden in der grossen Mehrzahl aufgrund einer schwerwiegenden körperlichen Krankheit durchgeführt, assistierte Suizide als Folge psychischer oder anderer Probleme hingegen seien zahlenmässig unbedeutend. Diese Patienten wären also ohnehin verstorben, weshalb es sich nicht um eigentliche Suizide handle.

Dies belegen die Zahlen aus dem Jahr 2009 denn auch. Wird nun aber der assistierte Suizid vermehrt von Patienten gewählt, die dies nicht wegen der tödlichen Krankheit an sich tun, sondern aufgrund einer unbefriedigenden Pflegesituation, finanzieller Schwierigkeiten, einer schlechten sozialen Einbettung, Demenz, einer Altersdepression u. Ä., so erscheinen eindeutige Suizidenten nicht in der Suizidstatistik. Wir hätten dann also die Situation, dass bei einer steigenden Zahl von Suiziden die Suizidrate stagnieren würde oder gar abfiel. Genau dieses Szenario ist nun aber vor dem hier aufgezeigten Hintergrund doch zu erwarten. Dadurch entsteht dann der falsche Eindruck, Organisationen wie Exit oder Dignitas würden insgesamt nicht zu einer Erhöhung der Suizidrate führen, was diese promoviert, indem eines ihrer stärksten Argumente mit einer falschen Statistik

³⁵ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/dos/04.html>

untermauert wird: Allein die Sicherheit, im Notfall eine Lösung zu haben, hält die meisten Menschen davon ab, den Suizid dann auch zu begehen. Wenn der assistierte Suizid in der Form, wie er heute geleistet wird, als ethisch problematisch zu beurteilen ist, dann ist es erst recht diese Art, ihn beliebt zu machen.

Hier vernachlässigt der Staat seine Pflicht, das Leben seiner Bürgerinnen und Bürger zu schützen, geradezu grobfahrlässig. Die Informationspolitik des Staates ist insgesamt eindeutig zu wenig kritisch gegenüber dem assistierten Suizid. Vielmehr wird unter dem Deckmantel der Autonomie der Bürger eine Bevormundung derselben betrieben. Wenn die Willensfreiheit bemüht wird, dann muss auch die Freiheit berücksichtigt werden, von dieser Freiheit keinen Gebrauch machen zu wollen, also im Rahmen einer palliativen medizinischen Betreuung bis ans Lebensende versorgt zu werden und in diesem Rahmen allenfalls eine ärztliche Sterbehilfe zu erhalten. Für diese Art des Sterbens wird der Raum enger, und es ist Aufgabe des Staates, diesen Raum wieder zu schaffen und über ihn zu informieren. Stattdessen schaffen unsere Behörden Grauzonen und ein Informationsvakuum, das sich mit Spekulationen und falschen Meinungen füllt. Zu fordern ist eine Informationsplattform, wie sie auch für andere Anliegen wie die Suchtprävention oder die Prävention von Geschlechtskrankheiten besteht. Es kann nicht sein, dass Menschen, die einen Suizid erwägen, als fast einzige Information die kommerziellen Websites von Suizidhilfeorganisationen zur Verfügung stehen.

Schlussfolgerung und Forderungen

Das Forschungsprogramm «Lebensende»³⁶ des Schweizerischen Nationalfonds will den Entscheidungen am Lebensende auf den Grund gehen. Dies ist zu begrüßen. Zu befürchten ist allerdings, dass dieses Projekt, unabhängig der Erkenntnisse, die es zutage fördert, ein Ereignis ohne Folgen bleiben wird. Die Bedingungen sind heute nun einmal so gesetzt, dass sie für den assistierten Suizid und gegen die ärztliche Sterbehilfe sprechen. Es gilt, gegen diese Bedingungen anzukämpfen.

Dieser Kampf braucht seine Zeit. Dringend und an erster Stelle ist hier aber die Erarbeitung eines Ablaufs zu fordern, der vergleichbar dem Ablauf bei einer anderen Entscheidung am Lebensende ist: der Organspende³⁷. Dort müssen zwei medizinische Fachpersonen unabhängig voneinander anhand einer Sieben-Punkte-Checkliste den Hirntod zweifelsfrei feststellen, wobei einer der beiden nicht in die Transplantation involviert sein darf. Analog für die Sterbehilfe würde dies bedeuten, dass sowohl Sterbewunsch, als auch Ausweglosigkeit der medizinischen Situation aufgrund eines auszuarbeitenden Protokolls durch die den assistierten Suizid leistende Organisation durchgeführt und durch medizinische Fachpersonen (Paritätische Kommission mit Einsitz der FMH) vali-

³⁶ <http://www.nfp67.ch/D/publikationen/Seiten/aus-dem-nfp.aspx>

³⁷ <https://www.swisstransplant.org/pdf/SAMW-Richtlinien-D.pdf>

diert und bestätigt werden muss, bevor ein assistierter Suizid geleistet werden darf. Innerhalb dieser Abklärung sollten dem Suizidenten die Möglichkeiten der ärztlichen Sterbehilfe im Rahmen der Palliativmedizin aufgezeigt werden, und es ist ein Ablauf auszuarbeiten, der die Selbstbestimmtheit seiner Entscheidung, soweit diese überhaupt objektivierbar ist, sicherstellt oder zumindest nahelegt.

Die Etablierung eines solchen Ablaufs würde eine Ausgewogenheit der Betrachtung schaffen. Dies reicht allerdings nicht. Die Bedingungen, unter denen die Palliativmedizin und der Pflegektor heute arbeiten müssen, sind inakzeptabel. Die Palliativmedizin ist aus dem Fallpauschalensystem auszugliedern und separat zu behandeln. Spitäler, die sie leisten, sind nicht weiter nach der Sterberate zu beurteilen. Ohnehin ist diese Art der Qualitätsbeurteilung fragwürdig. Ebenso sind die Kosten der frei praktizierenden Ärzte, die ein Patientengut mit überdurchschnittlich vielen alten und mehrfachkranken Patienten haben, nicht mehr mit den Kosten von Kolleginnen und Kollegen zu vergleichen, die ihre Durchschnittskosten tief halten, indem sie solche Patienten nicht behandeln oder weiterverweisen. Ebenso sind finanzielle Fehlanreize, die zu einer Benachteiligung alter und mehrfachkranker Patienten führen, zu verbieten und zu ahnden. Dies schafft die Bedingungen für eine Altersmedizin, die den Namen Medizin verdient. Wer diese Medizin nicht wünscht und den assistierten Suizid bevorzugt, soll dies dürfen. Es darf aber nicht sein, dass er den assistierten Suizid wählt, weil er fürchtet, sonst einer fehlgeleiteten Palliativmedizin ausgeliefert zu sein.



Weitere VEMS-Positionspapiere und VEMS-Factsheets:
www.vems.ch/fakten-und-standpunkte