



perspective 10

Den Tod nicht verdrängen

Sozialethische Überlegungen zur Sterbehilfe

Inwiefern sollen Ärzte und Angehörige Schwerkranken helfen dürfen, ihren Lebens- oder doch mehr Leidensweg abzukürzen? Was heisst «in Würde sterben», wenn heute bei 41 Prozent aller Todesfälle in Schweizer Spitälern ein Verzicht oder der Abbruch lebensverlängernder Massnahmen vorausgeht? Inwiefern soll der Staat die Suizidbeihilfe regeln und ihre Organisationen kontrollieren?

Doch vielleicht geht es gar nicht um das Für oder Wider von Sterbehilfe. Sondern darum, mit Palliative Care eine umfassende Betreuung von Chronischkranken zu erreichen und so Suiziden «vorzubeugen». Oder geht es generell darum, menschliches Begrenztsein und Scheitern nicht aus unserem Leben zu verbannen? Indem wir anerkennen, dass es normal ist, zeitweise auf Hilfe angewiesen zu sein, relativieren wir unser Autonomiestreben. Doch müssen wir uns schon zu Lebzeiten immer wieder mit dem «kleinen Tod» anfreunden, um *mit* unserer Fehlerhaftigkeit Sinn und Erfüllung zu finden? **Perspe©tive 10** sucht ganzheitliche Antworten auf «Sterbens-» und Lebens-Fragen.



sehen...

Geänderte Sterbensrealitäten

Organisationen, die Sterbewillige mit Hilfe von Helium oder gar Plastiksäcken in den Erstickungstod begleiten, um den Arzt für das rezeptpflichtige Natriumpentobarbital zu umgehen, haben die Sterbehilfe-Diskussion neu entfacht. Ebenso umstritten sind Auswüchse eines «Sterbetourismus», in dem psychisch Kranke ihrem Leben auf Parkplätzen ein Ende setzen.

In der Schweiz sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Aids und Drogen zusammen. Die Überalterung der Gesellschaft und lebensverlängernde Möglichkeiten der Medizin führen häufiger zu langen und leidensvollen Zerfalls- und Abhängigkeitssituationen, welche auch Angehörige vor schwierige Entscheidungen über Leben und Tod stellen. Um eine letzte Lebensphase *in Würde* zu ermöglichen, will die Euthanasiebewegung der medizinischen Kunst entsprechend eine schmerzlose Tötung auf Verlangen legalisieren. Letztlich geht es um den Grundkonflikt, ob der Erhalt des Lebens als höchstes Prinzip stärker zu gewichten ist als das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen

sehen... urteilen... handeln!



bis in den Tod, welches in Umfragen 72 Prozent der Schweizer Bevölkerung befürwortet.

Schwierige Ermessensfragen

Die Sterbehilfe ist in der Schweiz rechtlich unvollständig geregelt. Strafbar gemäss geltender Praxis (nach Art. 114 StGB) ist die *direkte aktive Sterbehilfe*, die gezielte Tötung eines Schwerkranken zur Leidensverkürzung, auch auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin. Zulässig ist hingegen, als *indirekte aktive Sterbehilfe* Medikamente zur Schmerzlinderung zu verabreichen, die möglicherweise lebensverkürzend wirken. Auch das Abbrechen lebenserhaltender Massnahmen – wie künstliche Beatmung, Nahrungszufuhr, Dialyse, Operation – wird dazugezählt. Entschliesst man sich gegen deren Einsatz, spricht man von *passiver Sterbehilfe*: Das

Euthanasie (griechisch: «guter Tod») bedeutet Sterbehilfe. Der Begriff «Sterbehilfe» führt zur Verwirrung, wenn er undifferenziert verwendet wird. Als **direkte aktive Sterbehilfe** bezeichnet wird die Tötung eines Kranken auf seinen Wunsch hin. Bei der **indirekten aktiven Sterbehilfe** erhält eine todkranke Person Mittel zur Leidenslinderung, welche ihr Leben verkürzen können. **Passive Sterbehilfe** meint den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen. Die **Suizidbeihilfe** beschafft Sterbewilligen ein todbringendes Mittel, das diese selbst einnehmen. Bei der **Sterbebegleitung** steht man einem Sterbenden menschlich-seelsorgerisch bei. **Palliative Care** sorgt für eine umfassende Betreuung in der letzten Lebensphase.

Sterben soll nicht länger verhindert oder hinausgeschoben werden. Erforderlich ist dazu die Einwilligung des Kranken. Ist dieser nicht mehr urteilsfähig, kommt eine Patientenverfügung zum Tragen; oder der Arzt entscheidet mit Hilfe der Angehörigen im Sinne des mutmasslichen Patientenwillens.

Allerdings: *Wann* eine konkrete Massnahme nicht mehr sinnvoll ist, bleibt oft eine schwierige Ermessensfrage. Dem je einmaligen Geschehen am Krankenbett werden starre Vorschriften kaum gerecht. Es muss darauf gebaut werden, dass Ärzte und Pflegepersonal mit Hilfe standesethischer Regeln wie jenen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) einfühlsam und verantwortungsbewusst handeln. Darüber hinaus hat das Bundesgericht festgehalten, dass es kein *Recht* auf Suizidbeihilfe gibt und Gesundheitspersonal nicht dazu *verpflichtet* werden darf.

Sterbehilfe-Tourismus

Die Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz nur verboten, sofern sie aus «selbstsüchtigen Beweggründen» erfolgt (Art. 115 StGB). Eine solch liberale Regelung, auf der die Tätigkeit der Sterbehilfe-Organisationen Exit Deutsche Schweiz, Exit AMDM Suisse romande, Dignitas, Ex-International und Suizidhilfe gründet, kennen nur sehr wenige Länder. Deshalb reisen Leute in die Schweiz, um assistiert zu sterben. Dignitas betreibt dafür sogar Werbung im Ausland. Die organisierte Suizidbeihilfe hat bei uns stark zugenommen: Mitte der Neunzigerjahre wurde sie jährlich von einem Dutzend, heute von etwa 350 Menschen beansprucht. Es wird befürchtet, dass «zu gesunde» Menschen zu schnell und

gegen hohe Geldbeträge in den Suizid begleitet werden. Bisher agierte die Justiz bei der Aufklärung und Ahndung von Gesetzesverstössen durch Sterbehilfeorganisationen sehr zurückhaltend. Sie wäre verpflichtet, bei mutmasslicher Rechtsverletzung aktiv zu werden: beispielsweise, wenn Betäubungsmittelmissbrauch oder hinter der Suizidbeihilfe ein Geschäft vermutet wird.

Eine Nationalfonds-Studie kam 2008 zum Ergebnis, dass ein Drittel der in Zürich von Exit in den Tod begleiteten Menschen nicht todkrank, sondern «lebensmüde» war. Dennoch: In Umfragen finden nur 12 Prozent der SchweizerInnen die rechtliche Regelung der Suizidbeihilfe zu liberal. 2005 hat die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) die Suizidbeihilfe für *Schwerstkranken* unter definierten Bedingungen anerkannt (siehe Kasten letzte Seite).

Euthanasie-Gefahren

Euthanasiegegner warnen davor, dass sich die Überzeugung durchsetzen könnte, ein Suizid sei bei einer tödlichen Krankheit moralisch *immer* richtig. Sie sehen eine grosse Gefahr im zunehmenden sozialen Druck auf Schwerstkranken. Es wird – verstärkt durch das Kostenproblem im Gesundheitswesen – die Ausweitung einer gesellschaftlich und schliesslich rechtlich akzeptierten *unfreiwilligen* Tötungspraxis befürchtet: zuerst bei Schwerstkranken im Endstadium, später bei nicht mehr Entscheidungsfähigen. Hinzu kämen von ihren Familien in den Suizidwunsch gedrängte schwer Chronischkranke, um finanziellen und emotionalen Belastungen zu entgehen. Schliesslich könnte sich der Kreis auf Menschen mit einer schlimmen Diagnose ausweiten, auf Schwerstbehinderte, psychisch Schwerkranke und letztendlich auf Jugendliche und Kinder. Die subtilen Mechanismen, welche Sterbende der Willkür ihrer Umgebung ausliefern, würden verkannt.

Tatsächlich wurde die aktive Sterbehilfe, unter einigen Bedingungen, seit den Neunzigerjahren in Holland, Belgien und jüngst in Luxemburg legalisiert. Nachgewiesen sind in Holland *nicht* verlangte Tötungen von Komapatienten durch Ärzte.

Strenger Suizidbeihilfe-Gesetzesentwurf

Im Juli 2009 unterzeichneten die Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und Exit

de auch die hochzuhaltende Selbstbestimmung in Freiheit verpflichtet uns, für die durch Sterbehilfe-Liberalisierung entstehenden gesellschaftlichen Gefahren zu sensibilisieren und rechtzeitig Handlungsgrenzen und Kontrollen zu schaffen. Der Richtung des vorgeschlagenen Suizidbeihilfe-Gesetzes ist zwar grundsätzlich zuzustimmen, doch die Mindestanforderungen sind zu restriktiv formuliert. Eine gute Gesetzgebung klärt bewusst nicht alle Fragen, damit die *Auseinandersetzung* über Werthaltungen hinter dem menschlichen Tun nicht aufhört. Schwerpunktässig ist das staatliche Engagement auf die *Fürsorge* am Lebensende zu richten.

Ausbildungsinstitutionen für Ärzte und Pflegepersonal sowie Heim- und Spitalleitungen sollen besorgt sein, dass die SAMW-Richtlinien gelernt und angewandt werden und dass medizinisches Personal nicht als «Helfer des Todes» verpflichtet wird. Falls das Suizid-Beihilfegesetz abgelehnt wird und es rechtlich beim Status quo bleibt, müssen Sterbehilfe-Organisationen dazu angehalten werden, ihre Leute auf die NEK-Sorgfaltskriterien zu verpflichten.

Die Frage an uns alle ist: Verhalten wir uns so, dass Leiden, Hilfsbedürftigkeit, Abbau der Leistungsfähigkeit und zunehmende Begrenzung durch das Älterwerden ange-

nommen werden können, ohne das Leben gleich als sinnlos und unzumutbar zu empfinden? Es ist mitentscheidend, ob uns positive und beglückende Lebenserfahrungen in der Hoffnung auf das Kommende bestärken – oder ob uns der Genuss des Lebens vom «Reich Gottes» wegführt.

Es kommt darauf an, ob es uns gelingt, das Älterwerden, das Loslassen und die damit verbundenen Zerfallsprozesse als möglichen Teil unseres Lebens, als neue Lebensaufgabe und -chance zu sehen. Ansonsten wird nicht nur der Blick auf unser eigenes Lebensende, sondern auch unser Umgang mit Menschen in dieser Situation von Angst, Flucht und Verdrängung getrübt sein: Weil wir es nicht aushalten können, vielfach begrenzte, ständig dem Sterben ausgesetzte Geschöpfe zu sein.

Diesbezüglich hat auch die Kirche eine wichtige Aufgabe in «präventiver Sterbehilfe»: den Menschen einen positiven Lebenssinn zu vermitteln, welcher Leiden und Sterben miteinander bezieht. Glaubensgemeinschaften sollen für die Würde alter, krank, behinderter und leidender Menschen eintreten und dafür sorgen, dass sie nicht beiseite geschoben werden.

Die kantonalen Justiz-Organen müssen Sterbehilfe-Organisationen verstärkt kon-

trollieren. Suizidbeihilfen sind konsequenter auf mutmassliche Rechtsverletzungen hin zu untersuchen; Verstösse sind zu ahnden. Dazu muss die öffentliche Hand genügend Mittel und Personal bereitstellen.

Die palliative Pflege und Medizin in Spitälern und Heimen auszubauen und sie auch im ambulanten Bereich zu fördern, ist speziell Aufgabe der Kantone. Die «Nationale Strategie Palliative Care» kann hierzu ein Antrieb sein und verdient tatkräftige Unterstützung. Unverzichtbar für Patienten am Lebensende ist vor allem eine Verbesserung des schmerztherapeutischen Knowhows. Auch die Angebote für Palliative Care zu Hause – unter Einbezug von Angehörigen – sind zu verbessern: Denn die meisten Menschen möchten daheim sterben. Nötig ist – neben einer verbesserten Information – der Aufbau interdisziplinärer Teams unter guter Zusammenarbeit von Leuten aus der Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Spitex, Seelsorge und der Freiwilligenarbeit. Der Bund soll diese Entwicklung über die Aus- und Weiterbildung der Medizinal- und Gesundheitsberufe, in der Forschung und über die gesetzliche Pflegefinanzierung fördern. Und schliesslich bedarf die grosse Frage, welche Medizin wir zu welchem Preis wollen, einer öffentlichen Auseinander- und Akzentsetzung.

Januar 2010

Impressum

Herausgeberin (Bestelladresse)

Union der Christlichsozialen, Geschäftsstelle,
Dorfstrasse 11, 9423 Altenrhein
Tel: 071 855 19 47, Fax 071 855 19 28,
www.uks-ch.org, info@uks-ch.org

Text: Theo Bühlmann, PR- und Medienschaffender,
Fuchsacker 3, 6233 Büron, Tel: 041 933 13 23,
Mail: at.buehlmann@bluewin.ch

Mitarbeit: Dr. Thomas Wallimann-Sasaki, Sozialinstitut KAB,
Ausstellungsstr. 21, Pf. 1663, 8031 Zürich
Tel: 044 271 00 32, www.sozialinstitut-kab.ch

Bildungsinstitut für Arbeitnehmende ARC,
Hopfenweg 21, Pf. 5775, 3001 Bern
Tel: 031 370 21 11, www.travailsuisse.ch

Bilder: Georgette Baumgartner-Krieg, Luzern

Preis: Einzelnummer: Fr. 4.80, Satz à 10 Stück: Fr. 12.00
Satz à 50 Stück: Fr. 40.00 (+ Versandkosten)

Die Union der Christlichsozialen Schweiz (UCS) setzt sich aus den Organisationen CSP Schweiz, KAB Schweiz, dem Gewerkschaftsdachverband Travail.Suisse und kantonalen UCS-Organisationen zusammen.

Sorgfaltskriterien der Nationalen Ethikkommission (NEK)

Bei der Abklärung Suizidwilliger müssen folgende Punkte gewährleistet sein:

1. Die Urteilsfähigkeit (des Patienten) für die Entscheidung, sein Leben mit Hilfe eines Dritten zu beenden.
2. Der Suizidwunsch ist aus einem schweren, krankheitsbedingten Leiden oder infolge eines Unfalls oder einer schweren Behinderung entstanden.
3. Psychisch Kranke, bei denen die Suizidalität ein (vorübergehendes oder behandelbares) Symptom der Erkrankung ist, soll keine Suizidbeihilfe gewährt werden.
4. Der Sterbewunsch muss dauerhaft und konstant sein. Er ist nicht aus einem Affekt oder einer vorübergehenden Krise entstanden.
5. Der Wunsch ist frei von äusserem Druck zustande gekommen. Soziale Isolation, Angehörigen «zur Last fallen», Angst vor mangelhafter Betreuung oder finanzielle Engpässe sollen nicht den Ausschlag geben.
6. Alle Alternativen (wie ärztliche Behandlung, Sozialhilfe, Therapie) sind abgeklärt, mit dem Suizidwilligen geprüft worden und gemäss seinem Wunsch ausgeschöpft.
7. Persönliche, mehrmalige Kontakte und intensive Gespräche sind unabdingbar. Eine Abklärung aufgrund einer einmaligen Begegnung oder auf dem Korrespondenzweg ist ausgeschlossen.
8. Eine unabhängige Zweitmeinung kommt zum gleichen Schluss.