

# Gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe

Ein Vorschlag aus geriatrischer Sicht

A. Wettstein

## Einleitung

Die Arbeitsgruppe, die der Bundesrat zur Bearbeitung der Motion Ruffy vom 28. September 1994 zur Sterbehilfe eingesetzt hat, war sich betreffend der aktiven Sterbehilfe uneinig. Sie empfahl jedoch eindeutig, das gesetzgeberische Vakuum im Bereich der passiven Sterbehilfe durch ein neues Gesetz zu regeln.

Der Bundesrat beschloss auf Antrag von Frau Bundesrätin Metzler, im Bereich der aktiven Sterbehilfe nicht gesetzgeberisch aktiv zu sein, jedoch eine gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe an die Hand zu nehmen. Die Notwendigkeit zu passiver Sterbehilfe, das heisst gegebenenfalls auf lebensverlängernde Massnahmen zu verzichten, ist gesellschaftlich unbestritten, auch in den meisten religiösen Lehren bis hin zu Äusserungen des Vatikans und des Talmuds.

Heute ist die passive Sterbehilfe lediglich durch Richtlinien der Schweizerischen Medizinischen Akademie der Wissenschaften geregelt. Das darin festgehaltene Primat der Ärzteschaft zur Festlegung des mutmasslichen Willens nicht urteilsfähiger Kranker erscheint im Lichte der heute allgegenwärtigen Patientenautonomie und Ablehnung von paternalistischen resp. maternalistischen Aspekten ärztlichen Handelns nicht mehr zeitgemäss. Dass deshalb viele Ärzte und Ärztinnen die Entscheidung den Familienangehörigen zuschieben, ist ebenso unbefriedigend.

Der hier präsentierte Vorschlag liefert dafür einen neuen Ansatz, der sich auf die kommunitarische Tradition stützt und der in der Gemeinde vorherrschenden Meinung Priorität einräumt, wenn der Patientenwille nicht eindeutig erfahbar ist.

Korrespondenz:  
PD Dr. med. Albert Wettstein  
Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie  
Gloriastrasse 18a  
CH-8006 Zürich

## Kommunitarischer Vorschlag zur gesetzlichen Regelung der passiven und indirekt aktiven Sterbehilfe

Artikel 111<sup>bis</sup> StGB neu

*Erlaubte Handlungen:*

Nicht rechtswidrig handelt, wer

- eine lebenserhaltende Massnahme abbricht oder unterlässt, oder
- sich auf eine rein beschwerdelindernde Behandlung beschränkt, oder
- diagnostische Abklärungen betreffend möglicherweise angezeigter lebensverlängernder Massnahmen unterlässt, oder
- wer als Arzt oder Pflegefachperson in ärztlichem Auftrag zur Linderung sonst unerträglichen Leidens Massnahmen trifft, die möglicherweise oder wahrscheinlich den Eintritt des Todes beschleunigen,

wenn:

- a die betroffene Person urteilsfähig ist und dies nach vollständiger Information ausdrücklich verlangt, oder
- b dies dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person entspricht.

b<sub>1</sub> Dies ist der Fall, wenn die betroffene Person eine entsprechende Patientenverfügung verfasst hat, es sei denn, es gebe konkrete Hinweise, dass sich die Meinung seit dem Verfassen der Verfügung entscheidend verändert hat.

b<sub>2</sub> Ohne gültige Patientenverfügung ist eine von der betroffenen kranken Person, bevor sie urteilsunfähig wurde, als speziell zu Entscheiden im Gesundheitsbereich bevollmächtigte Person dafür verantwortlich, den mutmasslichen Willen gegenüber den Behandelnden festzulegen. Bei urteilsunfähigen Unmündigen sind dies die Inhaber der elterlichen Gewalt, bei Entmündigten der Vormund.

b<sub>3</sub> Ohne Patientenverfügung und ohne bevollmächtigte Person entscheidet die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt nach Rücksprache mit Erwachsenen, denen die betroffene kranke Person nahesteht.

Wird der mutmassliche Wille der betroffenen Person von der behandelnden Ärzteschaft und der Bezugsperson oder zwischen verschiedenen Bezugspersonen unterschiedlich beurteilt, entscheidet ein neutrales Gremium, das sich aus Vertretern und Vertreterinnen der Gemeinde zusammensetzt und kurzfristig angerufen werden kann.

## Fallbeispiele

Die folgenden Fälle (Umstände aus Datenschutzgründen teilweise verändert) illustrieren den gesetzlichen Regelungsbedarf der passiven Sterbehilfe.

### Fall 1: Die Söhne behaupten, Wechsel auf reine Palliation sei vorsätzliche Tötung

90jähriger Mann, der wegen einer fortgeschrittenen senilen Demenz gemeinsam mit seiner Ehefrau in einem Krankenhaus lebte. Er konnte nur mit Hilfe gehen und benötigte Hilfe in allen täglichen Verrichtungen, einschliesslich Eingeben des Essens. Am 18. Februar stürzte er und erlitt eine Schenkelhalsfraktur, die am nächsten Tag im nahegelegenen Spital operiert wurde. Der Patient wurde dort neben den beiden Töchtern, die ihn regelmässig im Krankenhaus besuchten, auch von zwei Söhnen besucht, die mit dem Vater verkracht waren und ihre Eltern nie im Krankenhaus besucht hatten oder mit dem Pflegepersonal Kontakt gepflegt hatten. Auf Drängen dieser beiden Söhne wurde der betagte Mann postoperativ auf die Intensivstation verlegt und massiv mit kreislaufstützenden Medikamenten behandelt bis kurz vor die Rückkehr ins Heim. Diese erfolgte, damit der Patient beim unvermeidlich erscheinenden Sterben bei der Ehefrau sein konnte, die ihn nicht im Spital besuchen konnte. Die Krankenhausärztin behandelte beim Wiedereintritt den Patienten als moribund und beschränkte die Behandlung auf reine Palliation, nachdem sie mit der Ehefrau und den besuchenden Töchtern Rücksprache genommen und deren Einverständnis eingeholt hatte, und liess die Infusion und die Diuretikagabe stoppen. In der Folge versuchten die sonst nie zu Besuch weilenden Söhne, ihrem Vater Flüssigkeit einzuflössen, was den Tod nicht verhindern konnte. Die beiden verklagten die behandelnde Ärztin: Sie hätte zu Unrecht die kurative Behandlung gestoppt und so das Sterben ihres Vaters im Sinne einer vorsätzlichen Tötung herbeigeführt. Es folgte eine mehrjährige zeit- und kostenraubende gerichtliche Auseinandersetzung über die Einstellungsverfugung der Staatsanwaltschaft.

### Fall 2: Familie verlangt Hospitalisation gegen eindeutigen Wunsch der Betroffenen

Eine 90jährige Frau lebt nach einer viermonatigen Betreuung durch ihre Tochter in Kopenhagen seit März in einem Krankenhaus wegen chronischem lumbovertebralem Schmerzsyndrom bei Osteoporose, Kyphoskoliose und mehreren Kompressionsfrakturen und wegen COPD bei persistierendem Nikotinabusus und Zustand nach rezidivierenden Pneumonien.

Sie ist kognitiv intakt und erreicht im Mini-Mental-Status 25,5 von 30 Punkten. Die Patientin spielt gerne Schach, trinkt gern gelegentlich einen Gin Tonic und sagt oft, sie wolle nicht mehr leben. Sie ist nicht religiös. Sie ist mit Gehbock mobil und unter Schmerzmitteln und regelmässiger Physiotherapie sind die Schmerzen erträglich. Am 1. Juli äussert sie

im Gespräch mit dem Hausarzt Sterbewünsche. Sie bittet ihn, bei der nächsten Verschlechterung auf lebensverlängernde Massnahmen zu verzichten.

Am 4. Juli beginnende Pneumonie. Auf erneutes Befragen insistiert sie wiederum, keinesfalls hospitalisiert werden zu wollen. Behandlung mit Inhalation und O<sub>2</sub>. Die Enkelin wird über das Prozedere informiert und stimmt zu, will aber noch ihre Mutter in Kopenhagen fragen, was sie meint.

Diese wünscht jedoch unbedingt eine antibiotische Behandlung und Hospitalisation. Die Mutter würde so eher die Nacht überstehen und am nächsten Tag noch am Leben sein, wenn sie käme.

Da der Hausarzt wegen anderslautender Instruktionen der Patientin, die inzwischen stuporös geworden ist, sich dem Wunsch der im Ausland lebenden Tochter widersetzt, verlangt der Ehemann der Enkelin, ein bekannter Universitätsprofessor, ultimativ die Hospitalisation, ansonsten er den Arzt wegen vorsätzlicher Tötung anklagen werde und versuchen würde, die Hospitalisation mit Polizeigewalt zu erzwingen.

Unter diesem Druck hospitalisiert der Arzt die Patientin gegen ihren ausdrücklichen Willen. Sie erholt sich unter Antibiotika- und intravenöser Flüssigkeitszufuhr rasch und stirbt ein Jahr später in einem anderen Krankenhaus. Auf Druck des Ehemanns der Enkelin eröffnet der politische Vorgesetzte ein disziplinarisches Verfahren gegen den Hausarzt. Ein externer Gutachter beurteilt das Vorgehen als adäquat, rügt jedoch die Kommunikation mit der Familie<sup>1</sup>. Das Verfahren wird wegen Verjährung sistiert, da die Begutachtung sehr zeitaufwendig war.

### Fall 3: Dementes Leben ist nicht unwertes Leben

Frau Anna Nauer ist die schwer demente Ehefrau des SP-alt-Nationalrats Otto Nauer, deren Leidensgeschichte im Tages-Anzeiger und in einem Buch beschrieben sowie von Otto Nauer selbst in einem Artikel [1] vorgestellt wurde.

Sie wird nach vorgängiger jahrelanger Antibiotikaabschirmung wegen rezidivierenden Urininfekten innert kurzer Zeit zum dritten Mal hospitalisiert wegen Fieber und Urininfekt. Der Arzt auf der Notfallstation sagt zum begleitenden Ehemann: «Sie müssen entscheiden, ob wir nochmals mit Antibiotika und i.V.-Therapie behandeln sollen.» Da dieser in Erinnerung an die Nazigreuel das Leben seiner Frau nicht als unwert beurteilen will, verlangt er eine erneute Antibiotikabehandlung, die erfolgreich ist. Sie stirbt Monate später plötzlich zu Hause, kurz nachdem er noch ein Tänzchen mit ihr gemacht hat.

<sup>1</sup> Der Gutachter führte dazu wörtlich aus: Die meisten Streitereien zwischen Patienten und deren Angehörigen einerseits und Ärzten andererseits entstehen durch mangelnde Kommunikation. Die Auseinandersetzung hätte vermieden werden können, wenn die Angehörigen über die Verfügung der Patientin betreffend lebensverlängernde Massnahmen ausführlich orientiert worden wären.

#### Fall 4: Unnötige, belastende Lebensverlängerung auf Druck der Familie

41jähriger Mann im Koma vigile (persistierender vegetativer Zustand). Seit Alter 28 zunehmend schwere Politoxikomanie. Wegen alimentärem Vitamin-K-Mangel erleidet er 38jährig eine subdurale intrakranielle Blutung und wird auf Drängen der Angehörigen trotz beginnender Herniation auf der Neurochirurgischen Klinik operiert. Nach mehreren Monaten wird er im Koma vigile in ein Krankenhaus verlegt. Er bleibt komatös; die Familie insistiert auf dem Weiterführen der künstlichen vollwertigen Ernährung und Hydratation. Auf Veranlassung des Krankenhauses setzt die Vormundschaftsbehörde einen Beistand ein, der die Interessen des Patienten wahrnehmen soll. Sie ernennt auf Drängen der Familie dazu einen verwandten Rechtsanwalt, welcher der Mutter nahesteht. Dieser verfügt die Weiterführung der künstlichen Ernährung. Das Krankenhauspflegeteam droht an der emotional belastenden Pflege zu zerbrechen, weshalb er zur weiteren Pflege im Regionalspital hospitalisiert wurde. Nach 5jähriger Pflege verstarb der Patient dort, ohne je das Bewusstsein wiedererlangt zu haben.

#### Ethische Überlegungen zur passiven Sterbehilfe

Mit Recht führte Bundesrat Leuenberger, Sohn eines Theologen, am 8. Juli 2000 in einer Grundsatzrede aus: «Richtig handelt nur, wer die programmatischen Grundwerte in seine ethischen Überlegungen für die tägliche Arbeit einbezieht und sich nach ihnen ausrichtet.»

Basis unserer schweizerischen Gesetze ist das christlich-abendländisch aufgeklärte Ethos, auf das auch in der Präambel der neuen Bundesverfassung hingewiesen wird: «Im Namen Gottes, des Allmächtigen». Die handlungsrelevante christlich-ethische Überzeugung findet sich jedoch ähnlich in allen Weltreligionen und bildet auch die Basis atheistischer Überzeugungen. Hans Küng und Friedrich von Weizsäcker haben dies genau getroffen mit dem Satz: «Tue anderen nichts an, was Du nicht willst, dass es andere Dir antun.» An den Friedenskonzilen von Vancouver, Basel und Seoul wurde dieser Grundsatz als Basis für Gerechtigkeit, Friede und Bewahrung der Schöpfung für alle Gesellschaften anerkannt und gilt seither unwidersprochen.

Zur ethischen Güterabwägung im Bereich der Sterbehilfe führt die Ethikerin Ruth Baumann-Hölzle aus: «Ein Weg zwischen den beiden ethischen Grundsätzen alles zu tun, was möglich ist, oder aber zu töten, lässt sich nur finden, wenn das Unterlassen einer medizinischen Handlung, welches unter Umständen zum Tode des Patienten führt, nicht einer Tötung gleichgesetzt wird.» [2]

Diese Unterscheidung ist von elementarer Bedeutung und in der Schweiz seit der Affäre Hämmerli und in den USA mit dem Entscheid des Obersten Gerichtshofs im Fall Quinlan generell anerkannt.

Vor der Arbeitsgruppe des Bundesrates zur Sterbehilfe führte sie aus: «Die Trennung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe wurde als heuchlerisch bezeichnet, da in beiden Fällen der Tod eintrete. Diese Unterscheidung ist nicht heuchlerisch, sondern sehr sinnvoll, weil sie den Freiraum zur Güterabwägung über Sinn und Unsinn von bestimmten medizinischen Eingriffsmöglichkeiten eröffnet. Das Unterlassen einer medizinischen Handlung muss nur dann ärztlich verantwortet werden, wenn dem Patienten dabei ein Schaden erwächst. Sobald unentscheidbar geworden ist, ob therapeutische Massnahmen noch sinnvoll sind oder nicht, kann sie der Arzt oder die Ärztin sein lassen und das Leben und das Sterben des Patienten dem Zufall übergeben.

Tötendes und unterlassendes Handeln erwachsen verschiedenen Motivationen: Während die aktive Sterbehilfe bewusst den Tod der Patienten zum Ziel hat, wird mit dem Unterlassen beabsichtigt, die Patientin von therapeutischen Eingriffen, die den Sinn verloren haben, zu befreien.

Bei der passiven Sterbehilfe hat der Arzt in der Schweiz einen beachtlichen Spielraum. Vom Gesetz her ist der Arzt, die Ärztin verpflichtet, Krankheiten zu heilen, und wenn dies nicht mehr möglich ist, Leiden zu lindern. Damit ist die Möglichkeit gegeben, Handlungsweisen zu finden, die der Situation des Patienten angemessen sind.»

Ähnliches individuelles Abwägen findet sich schon im vitalistischen Talmud [3]. Er zitiert das Beispiel des sterbenden Rabbi Jehuda: «An dem Tag, als er zu sterben begann, ordneten die Rabbiner einen Fasttag an und flehten um Erbarmen. [...] Da trat seine Haushälterin auf das Dach des Hauses und sprach: «Die Engel im Himmel oben verlangen nach dem Rabbi und die Menschen auf Erden unten wünschen, dass er hier bleibe. Möge es Gottes Wille sein, dass die unten die oben besiegen.» Als sie aber sah, wie ihr Meister leidete, betete sie: «Möge es Gottes Wille sein, dass die oben die unten besiegen.» Da die Rabbiner aber weiter intensiv für das Leben des Rabbis beteten, nahm sie einen Krug und warf ihn vom Dach hinunter. Die Rabbiner erschrecken für einen Moment und unterbrechen das Gebet, worauf die Seele Rabbi Jehudas in Ruhe heimkehrte.»

In ähnlichem Sinne führen dazu die Richtlinien der British Medical Association vom 23. Juni 1999 [4] aus: Präjudizierend sei der Entscheid des britischen Oberhauses im Falle Tony Bland, einem Mann in persistierendem vegetativem Zustand, dessen künstliche Ernährung richtigerweise zu beenden war. Die Lords hätten ausgeführt: nicht entscheidend sei die Frage, ob es im besten Interesse von T. B. sei, die Behandlung zu beenden, sondern entscheidend sei, ob es in seinem besten Interesse sei, die lebensverlängernde Massnahme weiterzuführen (d.h. Beweislastumkehr!).

Die Richtlinien gelten nicht nur für Sterbende, sondern auch für Personen, die mittels lebensverlängernden Massnahmen Wochen bis evtl. Jahre weiterleben würden, ohne diese jedoch wahrscheinlich früher sterben. Entscheidend soll sein, ob die Vorteile

der Intervention deren Beginn, bzw. Weiterführung rechtfertige.

Dazu führte schon 1988 der «Council on Ethical and Medical Affairs» der American Medical Association aus: «Es ist nicht unethisch, alle medizinischen lebensverlängernden Massnahmen abzusetzen bei Patienten in irreversiblen Koma. Dazu gehören auch die (künstliche) Ernährung und Hydratation (durch Sonde oder i.V.), ebenso wie Beatmung, Reanimation, Dialyse und Antibiotikatherapie.» [5] Viele Experten fordern, dass die künstliche Flüssigkeitszufuhr auch bei nicht-komatösen, nicht im Sterben liegenden urteilsfähigen Patienten nur aufgenommen bzw. weitergeführt werden soll, wenn dies im Interesse der Patienten ist und es die ärztlichen Verantwortlichen gemeinsam mit den Angehörigen oder eventuell bezeichneter Gesundheitsverantwortlicher feststellen.

Dazu erliess die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften medizinische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin [6] sinngemäss zusammengefasst:

«Betreffend Therapieverzicht oder -abbruch ist massgebend: das Recht auf Selbstbestimmung, bei Urteilsunfähigkeit gilt der mutmassliche Wille. Dabei sind zu berücksichtigen:

Patientenverfügungen, Auskunft von Angehörigen, Vertrauenspersonen und vom behandelnden Arzt. Zu beachten sind patientenbezogene Faktoren wie das biologische Alter, die Lebensgeschichte, die bisherige und voraussichtliche Lebensqualität sowie die Prognose.

Entspricht es dem geäusserten oder mutmasslichen Willen des Patienten, sollen bei infauster Prognose lebensrettende Massnahmen unterlassen oder beendet werden, wenn diese lediglich eine Verlängerung des Sterbeprozesses bedeuten. Das Gleiche gilt für zerebral schwerst und irreversibel geschädigte Patienten, die kein bewusstes Leben mehr haben, noch wieder führen werden.

Für den Entscheidungsprozess gilt: Die Ansicht der Angehörigen ist nach entsprechender Aufklärung in den Prozess mit einzubeziehen. Die Verantwortung soll nicht den Angehörigen übertragen werden, sondern liegt beim Arzt. Bei unmittelbar zum Tode führenden Abbruch von Massnahmen muss der Arzt anwesend sein.

Mit fortschreitendem Alter der Patienten ist der Einsatz intensivmedizinischer Möglichkeiten zunehmend zurückhaltender zu beurteilen. Insbesondere bei geriatrischen Patienten sind eine vorbestehende Multimorbidität und abnehmende funktionelle Reserven sowie die dadurch eingeschränkten Heilungsaussichten und Prognose stärker zu gewichten. Das chronologische Alter allein ist kein Kriterium, um über die Anwendung intensivmedizinischer Massnahmen zu entscheiden.

Gerechtigkeit/Ressourcen: Der wirtschaftliche Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel ist prinzipiell geboten und periodisch zu überprüfen. Die für Patientenaufnahme und Durchführung der Intensivbehandlung zuständigen Personen haben in ihrem Bereich Mitverantwortung für die gerechte Verteilung

der verfügbaren Ressourcen. Dies darf jedoch auf den Intensivstationen nicht für Unterlassung oder Abbruch lebenserhaltender Massnahmen im Einzelfall entscheidend sein.»

Dazu ist aus geriatrischer Sicht anzufügen: Bei Betagten mit vorbestehender Demenz ist diese als schwere, die Prognose beeinträchtigende Begleiterkrankung zu werten.

Das Handeln soll sich aber nicht am negativen Bild, das sich die Gesellschaft vom Alter macht, orientieren. Betagte übernehmen oft bei an sich noch guter Lebensqualität diese negative Haltung und lehnen medizinische Massnahmen für sich selbst als ungerechtfertigt und nutzlos ab. Wirtschaftliche Befürchtungen belasten häufig die Entscheidung des alten Patienten.

### Zur aktuellen Sterbehilfepaxis

Aufgrund ihrer langjährigen Praxis im Krankenhaus Ittigen und als Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie führt Regula Schmitt-Manhard [7] folgende sieben möglichen Entscheidungsparameter zum Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen, das heisst zu rein palliativer Betreuung, an:

1. Werturteil der Betroffenen, der Angehörigen, der Betreuenden, der Gemeinde.
2. Wille der Betroffenen, bei Dementen oft nicht (mehr) feststellbar.
3. Wünsche der Angehörigen. Diese werden meist im Sinne der Patienten entscheiden und diesen Leiden ersparen. Aber häufig haben sie auch Schuldgefühle und wollen deshalb alles tun, um den Tod zu verzögern («Ich kann doch nicht die Verantwortung für seinen Tod übernehmen!»).
4. Druck der Solidargemeinschaft (Kosten!).
5. Fortschritt der Medizin: grosse Erwartungen.
6. Ärztliche Haltung: Umgang mit Tod zeigt Grenzen der eigenen Macht, belastet stark, verführt dazu, zu viel zu tun, um Tod (als Niederlage) zu verhindern.
7. Zwang zur Leistung (Erhalten des Arbeitsplatzes, hohe Bettenbelegung).

Anlässlich eines Seminars über Sterbehilfe im Krankenhaus meinten die pflegenden Fachpersonen eines Zürcher Krankenhauses, dass von den obigen sieben Parametern im Alltag vor allem die Parameter 1 bis 3 handlungsrelevant seien und 5 und 6 leider heute noch zu grosse Bedeutung hätten.

Ähnlich urteilten 30 Mitarbeitende des Stadtärztlichen Dienstes und der Vormundschaftsbehörde Zürich bei einer schriftlichen Befragung zum Thema. Sie befanden fast einmütig eigentlich nur die obigen Positionen 1 und 2 als recht wichtig bis sehr wichtig, bemerkten jedoch, dass heute de facto noch zu oft der Wunsch der Angehörigen (Position 3) sowie 5 und 6 wichtig seien. Es wurde geschätzt, dass bei ungefähr 20% der Sterbefälle die Angehörigen für die nicht urteilsfähigen Sterbenden eine nicht angebrachte,

unnötige oder gar belastende Lebensverlängerung wünschten und sich nicht selten auch durchsetzen würden. Ein Teil der Geriater meinte jedoch, dies treffe nur bei wenigen Prozent der urteilsunfähigen Sterbenden zu, sofern der Sachverhalt ausführlich mit den Angehörigen besprochen worden sei.

Zur Frage, welche Person für urteilsunfähige Patienten entscheiden soll, die keine Patientenverfügung erlassen haben – was für die allermeisten urteilsunfähig gewordenen Kranken in der Schweiz zutrifft – hat sich das Committee on ethical affairs of the American Neurological Association [8] 1993 wie folgt geäußert:

«Die Vertretung soll höchstprioritär gemäss der folgenden Liste ausgewählt werden (eine Person!): 1. Vormund, 2. Ehegatte, 3. erwachsene Kinder, 4. ein Elternteil, 5. erwachsene Geschwister, 6. erwachsener Enkel, 7. enger, erwachsener Freund, 8. bevollmächtigter Vermögensverwalter.»

Der im Dezember 2000 in Vernehmlassung gegebene Entwurf zum Patientenrechtsgesetz im Kanton Zürich [9] sieht folgende Entscheidungshierarchie vor bei urteilsunfähigen Sterbenden: 1. vormundschaftliche Vertreter, 2. Lebenspartner, 3. andere Bezugspersonen (nahe Angehörige).

Ungelöst ist die Frage bei unterschiedlichen Meinungen, z. B. zwischen zwei Kindern, und wer vom Arzt als surrogate anerkannt werden soll von mehreren Kindern oder Enkeln. Im vorgeschlagenen Zürcher Patientenrechtsgesetz ist diese Frage – wenigstens theoretisch – von untergeordneter Bedeutung, denn der Entscheid zur Sterbehilfe läge wie in den heute gültigen Richtlinien der Schweizerischen Medizinischen Akademie bei der Ärztin respektive dem Arzt, und die Bezugspersonen sind von der behandelnden Ärzteschaft lediglich unverbindlich «in den Entscheid miteinzubeziehen».

Sogar in Deutschland ist heute der Verzicht auf unzumutbare Behandlung – gegebenenfalls schon vor der Terminalphase – anerkannt, wie I. C. Student [10] in einer Stellungnahme aus geriatrischer Sicht zu den Richtlinien zur ärztlichen Sterbegleitung der Deutschen Ärztekammer 1998 ausführte.

«Bei Kranken mit infauster Prognose und raschem Fortschreiten des Krankheitsprozesses kann sich die Frage des Verzichts auf Lebensverlängerung vor Beginn des Sterbeprozesses stellen. Dies kommt nur in Betracht, wenn die lebensverlängernde Behandlung keine Hilfe ist, sondern die Kranken unverträglich belastet und darf niemals eine Frage wirtschaftlicher Überlegungen sein. Auch in dieser Situation sind folgende Basishilfen unverzichtbar: Zuwendung, Körperpflege, Schmerzlinderung, Freihalten der Atemwege, Flüssigkeitszufuhr (im Sinne eines Angebots zum Trinken oder Mund befeuchten – nicht künstliche Zufuhr) sowie Angebote zu (natürlicher) Ernährung.»

Die Überlebensprognose von unheilbar Kranken ist oft fehlerhaft. Die Nachuntersuchung von 6351 Personen, denen ein Arzt eine Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten bestätigt hatten, ergab, dass 15% länger als sechs Monate, 10% länger als 12 Monate und 5% gar länger als 24 Monate überlebten [11].

## Autonomie oder das Prinzip Wirkungslosigkeit

Nach Truog und Mitautoren [12] gibt es keinen Konsens bezüglich einer gerechten Methode, wie die Präferenzen individueller Patienten gegenüber den verschiedenen Bedürfnissen der Gesellschaft abzuwägen sind. Das Konzept der Wirkungslosigkeit (futility) glaubt, eine Lösung für dieses Dilemma anzubieten: Es beschränkt die Therapie, ohne genaue Regeln zur Mittelallokation definieren zu müssen. Mit der Begründung von Erfolglosigkeit könnten gewünschte Therapien verweigert werden. Es ist jedoch unredlich, mit dem Argument der Wirkungslosigkeit knappe Ressourcen, das heisst Rationierung, zu verdecken. Ebenso ist es unrecht, Mittel zu verschleiern, wenn sehr wahrscheinlich ist, dass sie unwirksam sind.

Abwägen, was im Interesse der Patienten sei, basiert immer auf der Patientenperspektive, ist autonomiebezogen. Dagegen fusst das Konzept der Wirkungslosigkeit auf der falschen Vermutung, es sei objektiv und können ohne Voreingenommenheit Vorteile und Belastungen abwägen. Das Konzept der Wirkungslosigkeit vertuscht oft das Abwägen von verschiedenen Wertsystemen, die implizit der Rationierungsdebatte zugrundeliegt und kann deshalb meist das Versprechen der Objektivität nicht einhalten. Es ist kontrovers, wer letztlich die Autorität hat, lebensverlängernde Massnahmen abzubrechen oder nicht einzusetzen. Das «Hastings Center of Ethics» der Universität Harvard und die «Society of Critical Care Medicine» haben festgehalten, dass zum Beispiel Intensivmedizin im Fall von persistierendem vegetativem Zustand ein Missbrauch von Mitteln sei.

## Die Familie als ungenügender Entscheidungsträger

Wie die Fallbeispiele 1 bis 4 eindrücklich illustrieren, ist die Ermächtigung von Angehörigen zu Entscheidungen betreffend passive Sterbehilfe nicht unproblematisch, weil sich diese auf Mutmassungen stützen müssen und in Gefahr stehen, durch eigene Ängste und Erfahrungen beeinflusste Entscheide zu fällen, zum Beispiel wegen Betreuungstress, Schuldgefühlen oder prägenden früheren Erlebnissen. Der Ethiker der Harvard Universität, E. J. Emanuel [13], meinte deshalb, es sei besser, sich anstelle von Einzelentscheiden von betroffenen Angehörigen auf kommunale Standards zu einigen und diese mittels entsprechender gesetzlicher Bestimmungen als Richtschnur zu etablieren. Bei den einen ist zum Beispiel die Angst vor Abhängigkeit grösser als die Angst vor Schmerzen. Denn nach Emanuel gibt es keine allgemeingültigen Grundsätze über die Wahrung der Interessen eines urteilsunfähigen Patienten. Kriterien, die definieren, welche medizinischen Massnahmen notwendig und welche abzulehnen sind, können je nach ethischen Ansichten anders aussehen. Es gebe mindestens fünf sich gegenseitig ausschliessende Auffassungen:

– «Das Recht auf Leben»: Ohne Rücksicht auf Schmerz und Wohlbefinden des Patienten müssen alle möglichen medizinischen Massnahmen zur Erhaltung des Lebens angewendet werden.

- «Freude am Leben»: Die Lebenslust muss erhalten bleiben und die Schmerzen müssen bekämpft werden.
- «Affektive Beziehungen»: Lebenserhaltende Massnahmen sind nur sinnvoll, solange sie dem Patienten ermöglichen, Gefühle und Beziehungen wahrzunehmen.
- «Selbstentscheidung»: Der Patient muss selber entscheiden können, welche Massnahmen getroffen werden müssen.
- «Leben als kollektives Gut»: Schützenswert ist nur Leben, das von der Allgemeinheit als erhaltenswert geschätzt wird. Menschen sind ersetzbar.

Jede dieser ethisch/philosophischen Einstellungen werde von namhaften Befürwortern unterstützt und ein Konsens scheinbar undenkbar. Wegen der Verschiedenheit der angestrebten praktischen Massnahmen seien allgemeingültige Richtlinien nicht möglich. Die grösseren Schwierigkeiten entstünden nicht bei der Feststellung der Diagnose oder bei den verschiedenartigen Anwendungen von medizinisch-technischen Massnahmen, sondern vielmehr beim Streit um die unterschiedlichen ethischen Grundsätze. Entscheidend soll deshalb der Grundsatz sein, der in der Gemeinde überwiegt, in der die betroffene Person lebt.

Da in der Schweiz der Begriff der Gemeinde primär politisch gebraucht wird und Schweizer Gemeinden meist sehr pluralistisch sind, das heisst keine Lebensauffassung überwiegt, kann der kommunitarische Ansatz aus den USA nicht ohne weiteres praktisch in der Schweiz angewandt werden ohne ergänzende Ausführungen. Eine Entmächtigung der Familie zugunsten der Gemeinde ist deshalb in der Schweiz sicher nicht mehrheitsfähig. Hingegen scheint es sinnvoll, mit verschiedenen gesetzlichen Massnahmen dafür zu sorgen, dass möglichst viele Personen in der Schweiz eine bevollmächtigte Person bezeichnen, die bei Urteilsunfähigkeit in ihrem Sinn für sie entscheiden könnte, und so klare Verhältnisse geschaffen werden (entsprechend Absatz b<sub>2</sub> des oben gemachten Vorschlages, Art. III<sup>bis</sup> STGB neu).

Denkbar wäre, dass aufgrund einer Ausführungsbestimmung zu obigem Gesetz bei jedem Spital Eintritt und bei jeder ärztlichen Erstbehandlung so selbstverständlich wie nach der Adresse nach einer Person des Vertrauens (health care proxy) gefragt würde. Falls sich jemand nicht dazu entschliessen kann, eine einzige Person formell zu bevollmächtigen, sollen auch Körperschaften wie zum Beispiel eine Kirchgemeinde oder ein Verein, die eine ähnliche Lebensauffassung vertreten wie die betroffene Person, bezeichnet werden können. Im Falle von Urteilsfähigkeit kann sich dann das Entscheidungsteam auf die Meinung der bevollmächtigten Person oder der bezeichneten Körperschaft mit ähnlicher Lebensauffassung stützen. Denkbar wäre auch der Eintrag einer bevollmächtigten Person oder Körperschaft in jedem Fahr- und Identitätsausweis. Dies hätte zur Folge, dass nur in wenigen Fällen eine unklare Situation entstehen könnte, die durch den vorgesehenen Abs. b<sub>3</sub> Art. III<sup>bis</sup> zu regeln wäre. Dieser sieht vor, dass

die heute als bevormundend empfundene ärztliche Entscheidungsgewalt bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Bezugspersonen respektive zwischen Bezugspersonen betreffend des mutmasslichen Patientenwillens bei einem neutralen, kommunalen Gremium zu finden wäre.

Entschieden wird in diesem Gremium nach der eingangs erwähnten ethischen Grundmaxime, anderen nichts anzutun, das man selber nicht möchte, dass es einem angetan wird. Dieses Gremium wird in demokratischem Verfahren repräsentativ ausgewählt für die Gemeinde, respektive in ländlichen Verhältnissen für den Gemeindeverband, Spital- oder Spitalträgerverband der betreffenden Person und handelt nach den kommunal massgeblichen ethischen Ansichten.

Dabei kann das Dilemma der eigennützigen Entscheide von Familienangehörigen umgangen werden, es sei denn, die kranke Person habe vorgängig einer angehörigen Person das Vertrauen ausgedrückt und ihr so auch die Entscheidungspflicht auferlegt. Dies ist im Sinne des Respekts für den autonomen Entschieder der Betroffenen zu akzeptieren.

#### Konsequenzen der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelung

Die wichtigste Folge wäre eine markante Zunahme von Bevollmächtigten betreffend Gesundheitsfragen, wenn deren Erwähnung in allen Ausweisen und bei jeder Behandlungsaufnahme erfolgen würde, denn heute hat nur eine kleine Minderheit in der Schweiz eine Patientenverfügung oder eine Bevollmächtigung erstellt. Sogar wenn dies anlässlich einer intensiven persönlichen Besprechung empfohlen und prinzipiell bejaht wird, wird diese Empfehlung von den Betroffenen meist nicht umgesetzt [14].

Abschliessend sollen nun die Fallbeispiele nach den Konsequenzen analysiert werden, die der gesetzliche Vorschlag gehabt hätte, wenn er in Kraft gewesen wäre, als sie sich ereignet hatten.

#### ad Fall 1

In diesem Fall bestand ein Dissens betreffend des mutmasslichen Patientenwillens zwischen den Söhnen einerseits und der Ehefrau, den Töchtern sowie der Ärztin andererseits, ob eine rein palliative Strategie oder ein kuratives Konzept (Kreislaufunterstützung und Infusion) anzuwenden sei.

Der schon seit längerer Zeit demente Patient hätte wohl niemanden als bevollmächtigt bezeichnen können, weshalb bei widersprüchlicher Meinung zwischen den verschiedenen Angehörigen das neutrale Entscheidungsgremium hätte angerufen werden müssen; bis zu dessen Entscheid hätte der Patient entweder im Spital bleiben müssen oder er hätte mit Kreislaufmitteln und Infusionen im Heim weiterbehandelt werden müssen. Wahrscheinlich wäre der Patient vor der Beschlussfindung des Gremiums trotz dieser Massnahmen gestorben; der sehr teure und belastende Rechtsstreit hätte jedoch so vermieden werden können.

**ad Fall 2**

Hier ging der Arzt von einer urteilsfähigen Patientin aus, die für den Fall der erwarteten Pneumonie eine Behandlung untersagt hätte, während der Ehemann der Enkelin sowohl die Urteilsfähigkeit der Patientin in Frage stellte als auch davon ausging, dass die betagte Frau doch noch leben wollen und seit den Willensäusserungen am 1. und 4. Juli ihren Willen geändert habe. In einer solchen Situation hätte der Mann der Enkelin das neutrale Gremium anrufen können, womit der belastende Rechtsstreit hätte vermieden werden können. Das Gremium hätte dann eine persönliche Stellungnahme der verschiedenen Angehörigen und des Arztes eingeholt und gestützt darauf entschieden, wie – spätestens bei der nächsten Pneumonie – vorzugehen sei. Wahrscheinlich wäre bis zum Besprechungstermin des Gremiums die nächste Angehörige, die Tochter, aus Kopenhagen eingetroffen und hätte ihre Meinung selber vertreten können.

**ad Fall 3**

Im Falle dieses prominenten Angehörigen hätte der Assistenzarzt im Spital aufgrund der klaren gesetzlichen Regelung vermutlich das Gespräch geschickter geführt und nach dem mutmasslichen Willen der Patientin und nicht nach einer Handlungsanleitung des Ehemannes gefragt. Da sich die Patientin jedoch betreffend des Vorgehens in einer solchen Situation nie geäussert hatte, wäre vermutlich aufgrund der lebenslangen gemeinsamen politischen Überzeugung im Konsens gleich entschieden worden wie ohne die vorgeschlagene gesetzliche Regelung und ohne Anrufung eines neutralen Gremiums.

**ad Fall 4**

In diesem Fall hätte der verantwortliche Chefarzt – nachdem feststand, dass der Patient nach zweijährigem coma vigile nie mehr erwachen würde, das neutrale Gremium zur Entscheidung über das weitere Vorgehen angerufen, vor der Verlegung ins Spital. Je nach Entscheid des Gremiums hätte die für alle Beteiligten sehr belastende über fünf Jahre dauernde Spitalbetreuung vermieden werden können.

**Literatur**

- 1 Nauer O. Entscheidungen bei Demenz – die Sicht eines betroffenen Angehörigen. *Praxis* 2000;89:1198-9.
- 2 Baumann-Hölzle R. Unbeschränkte Kontrolle über den eigenen Tod. *Neue Zürcher Zeitung* 1994;60:25.
- 3 Der babylonische Talmud. Ketubot 104a.
- 4 Asharf H. BMA addresses the issue of withholding and withdrawing treatment. *Lancet* 1999;353:2220.
- 5 Steinbrook R, Lo B. Artificial feeding – solid ground not slipping slope. *N Engl J Med* 1988;218:286-90.
- 6 Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin. *Schweiz Ärztzeitung* 1999;80:188-92.
- 7 Schmitt-Manhard R. Altern und Sterben in Würde. *Geriatric Praxis* 1999;3:44-59.
- 8 American Neurological Association Committee on Ethical Affairs: Persistent Vegetative State. Report of the American Neurological Association Committee on Ethical Affairs. *Ann Neurol* 1993;381:386-90.
- 9 Regierungsrat des Kts. Zürich. Vernehmlassungsentwurf zum Patientenrechtsgesetz (§6, Bezugspersonen, § 34, Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen). 5. Dezember 2000.
- 10 Student IC. Stellungnahme zum Entwurf der Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung der deutschen Ärztekammer. *Z Geront Geriatr* 1998;31:205-98.
- 11 Christakis NA, Escarce JJ. Survival of Medicare patients after enrolment in hospice programs. *N Engl J Med* 1996;335:172-8.
- 12 Truog RD, Breth S, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992;326:1560-3.
- 13 Emanuel EJ. What criteria should guide decision makers for incompetent patients? *Lancet* 1988;331:170-1.
- 14 Bosshard G. Wünschbarkeit lebensverlängernder Massnahmen in der geriatrischen Langzeitpflege: Resultate einer Befragung in Zürcher Krankenhäusern. Inauguraldissertation. Zürich: Universität, Medizinische Fakultät; 1998.