

Sterbehilfe: eine Auslegeordnung

Rückblick auf das SAMW-Symposium 2000

H. Amstad

«Zu den Aufgaben des Arztes gehört auch die Sterbehilfe; sie ist das Bemühen, dem Sterbenden so beizustehen, dass er in Würde zu sterben vermag. Solche Sterbehilfe ist nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein ethisches und juristisches Problem.» Mit diesen Worten beginnt der Kommentar zu den «Richtlinien für die Sterbehilfe», welche die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 1976 erstmals (und seither zweimal in revidierter Form) veröffentlicht hat. Diese Richtlinien lehnen ein aktives Eingreifen der Ärzte zur Verkürzung des Sterbevorgangs ab, und die Beihilfe zum Suizid gilt nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit.

Der Bericht der Arbeitsgruppe «Sterbehilfe» unter Leitung von Altständerätin Josi Meier war für die SAMW Anlass, sich erneut und vertieft mit der Problematik auseinanderzusetzen. In einem Memorandum zuhänden von Bundesrätin Ruth Metzler (siehe Kasten) lehnte die SAMW die vorgeschlagene Strafbefreiungsklausel im jetzigen Moment ab. Vor einer allfälligen Legiferierung sei eine Reflexionsphase einzuschalten, um die vielen offenen Fragen und Unklarheiten zu klären. Als Anstoss für diesen Denkprozess hat die SAMW Ende Oktober 2000 in Bern ein Symposium veranstaltet, an dem rund 200 Personen teilnahmen. Eine Juristin, ein Ethiker und ein Mediziner stellten das Thema «Sterbehilfe» aus unterschiedlichen Gesichtswinkeln dar. In Plenumsdiskussionen und Workshops bestand danach Gelegenheit zu vertieftem Gedanken- und Erfahrungsaustausch. Die folgende Zusammenfassung soll einen Eindruck vermitteln von der Vielfalt der Äusserungen und Meinungen – und von der Tatsache, dass wir von einem Konsens im Bereich Sterbehilfe noch weit entfernt sind.

«Nicht rechtmässig, aber entschuldbar»

Für die vielen Nicht-Juristinnen und -Juristen unter den Symposiumsteilnehmern stellte Ursula Cassani, Rechtsprofessorin aus Genf und Mitglied der Arbeits-

Definitionen

Direkte aktive Sterbehilfe

Herbeiführen des Todes durch gezielte Handlungen des «Sterbehelfers» (gezielte Tötung) zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen.

Die direkte aktive Sterbehilfe erfüllt den Straftatbestand der Tötung auf Verlangen und ist strafbar. Mitgefühl oder Gewissensnot als Handlungsmotiv werden als Schuldausschliessungsgrund nicht anerkannt.

Indirekte aktive Sterbehilfe

Anwendung einer Therapie, die eine Lebensverkürzung in Kauf nimmt. Entscheidend ist dabei die der Handlung zugrundeliegende Absicht. Wenn das Ziel des Handelns in der Linderung des unerträglichen Leidens und nicht in der Beendigung des Lebens liegt, gilt sie als zulässig; dies ist auch in den Richtlinien der SAMW so festgehalten.

Passive Sterbehilfe

Verzicht auf eine lebenserhaltende Massnahme oder Abbruch einer früher eingeleiteten Massnahme. Auch diese, zumeist vom Arzt / von der Ärztin geleistete Form der Sterbehilfe ist nicht strafbar; sie ist in den SAMW-Richtlinien ausdrücklich erlaubt.

Beihilfe zum Suizid

Ist nicht strafbar, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe geleistet wird. Gemäss den Richtlinien der SAMW ist allerdings Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit.

gruppe «Sterbehilfe», eine juristische Beurteilung der verschiedenen Formen von Sterbehilfe an den Beginn ihres Referates. Das Schweizerische Strafgesetzbuch (StGB) kennt den Begriff der «Sterbehilfe» nicht. Hingegen hält der Art. 114 des StGB («Tötung auf Verlangen») fest, dass auch derjenige mit Gefängnis bestraft wird, der «aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet».

Das Strafgesetz betrachtet das menschliche Leben als unberührbares Rechtsgut; dies bedeutet jedoch nicht, dass das Leben um jeden Preis verlängert werden muss. In gewissen Fällen erlaubt es das Strafgesetz, die Qualität der letzten Lebensstunden höher einzustufen als die Quantität – dies in Einklang mit den entsprechenden SAMW-Richtlinien zur Sterbehilfe.

Der Schutz des menschlichen Lebens ist eine der fundamentalen Aufgaben, die dem Recht und vor allem dem Strafrecht obliegen. Deshalb waren sich alle Mitglieder der Arbeitsgruppe darüber einig, dass eine explizite gesetzliche Regelung der Sterbehilfe aus rechtsstaatlichen Gründen zu befürworten wäre. Darüber hinaus war die Mehrheit der Meinung, dass das geltende Recht im Bereich der direkten aktiven Ster-

Korrespondenz:
Dr. Hermann Amstad
SAMW
Petersplatz 13
CH-4051 Basel
E-mail: h.amstad@samw.ch

behilfe in bestimmten, zugespitzten Situationen menschlichen Leidens nicht angemessen sei. Oft höre man – vor allem von seiten der Mediziner –, dass solche Situationen insgesamt sehr selten seien und ihre geringe Zahl eine gesetzliche Regelung nicht rechtfertige. Dabei handelt es sich nach Ansicht von Ursula Cassani um ein grosses Missverständnis zwischen Medizinern und Juristen. Für einen Juristen versteht es sich von selbst, dass in einem Bereich wie dem Schutz des menschlichen Lebens, der für die ganze Gesellschaft von zentraler Bedeutung ist, auch seltene Situationen angemessen geregelt werden müssen.

Aufgrund dieser Überlegungen hat die Arbeitsgruppe «Sterbehilfe» vorgeschlagen,

- die bisherige Regelung der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe gesetzlich zu verankern, und
- bei der direkten aktiven Sterbehilfe neu von einer Strafverfolgung abzusehen, wenn «der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet hat, um sie von unerträglichen und nicht behebbaren Leiden zu erlösen».

Nach dieser Formulierung bliebe die direkte aktive Sterbehilfe weiterhin ein Rechtsbruch, würde aber nicht geahndet. Mit anderen Worten: diese Form der Sterbehilfe wäre weiterhin nicht rechtmässig, aber sie wäre (unter genau definierten Umständen) entschuldbar. Diese Lösung ermöglicht zwar keine klare Trennung zwischen Recht und Unrecht, aber sie trägt dem ethischen Konflikt desjenigen Rechnung, der glaubt, sich dieser Geste des Mitgeföhls nicht entziehen zu können.

Ursula Cassani ist überzeugt, dass es einfacher sei, die Tötung eines schwerstkranken Menschen als passive Sterbehilfe darzustellen, als offen über direkte aktive Sterbehilfe zu sprechen und diese Tat vor dem Richter zu rechtfertigen. Indem die vorgeschlagene Lösung für Transparenz Sorge, erscheine sie als der sicherste Damm gegen den befürchteten «slippery slope», das Senken der Hemmschwelle vor der Tötung alter, kranker oder behinderter Menschen aus Mitleid oder wirtschaftlichen Gründen.

Das ethische Paradox

Denis Müller, Theologe und Ethikprofessor in Lausanne, konstatierte einleitend, dass die Diskussion um die Sterbehilfe in eine neue Phase getreten sei. Auf der einen Seite hätten die Kritik am therapeutischen Übereifer der Ärzte und die Entwicklung der Palliativpflege dazu geführt, dass das Gespür für die Begleitung von Personen an ihrem Lebensende gewachsen ist. Auf der anderen Seite nehme die Nachfrage nach Sterbehilfe jedoch weiter zu.

Denis Müller stellte den Begriff der «Übertretung» ins Zentrum seiner Ausführungen. Mit der aktiven Sterbehilfe wird ein Verbot übertreten: dasjenige, einen Menschen zu töten. Jede Tötung eines Menschen bedeutet – unabhängig von den Umständen

und der Rechtfertigungen – ein Übertreten dieses Verbotes. Falls der Übertretung jedoch – wie im Falle der aktiven Sterbehilfe – ihr Ausnahmecharakter zuerkannt wird, bedeutet sie eine überzeugende Möglichkeit, Mut und Wahrhaftigkeit zu zeigen. Müller bezeichnet diese Art der Übertretung als ein «An-die-Grenzen-Gehen», als einen äussersten Mut, der sich auf keine dahinterstehende Rechtfertigung stützt und dessen ethischer Charakter klar ersichtlich ist. Damit ist man weit entfernt von einer Banalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe. Müller sieht hier eine paradoxe Situation insofern, als eine solche Übertretung, um von Anfang bis Ende *ethisch* zu bleiben, immer die Übertretung von etwas bedeute, was nicht übertreten werden dürfe.

Eine Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe würde seiner Ansicht nach zu einer inakzeptablen Vermischung von Ethik und Recht führen. Eine Strafbefreiung andererseits sei nur dann gerechtfertigt, wenn ein ethischer Gesichtspunkt – jener der moralischen Zulässigkeit einer Übertretung – über die Strenge des Gesetzes obsiege. Für Müller ist der Bericht Sterbehilfe in dieser Beziehung zu ängstlich: Indem er die strenge Perspektive des Strafgesetzes bestätigt, verzichtet er auf die Radikalität des ethischen Paradoxes.

Bleibt zum Schluss die Frage, ob man nicht auf jede gesetzliche Regelung verzichten müsste. Nicht zu legiferieren, weder in einem permissiven noch in einem restriktiven Sinn: Würde man dadurch nicht anerkennen, dass die moralische Billigung der Übertretung nicht juristisch zu regeln ist, sondern dass diese für immer und in jeder Situation auf der Brüchigkeit eines Gewissens ruht, welches mit dem Nichtentscheidbaren konfrontiert ist?

Der Arzt als vertrauenswürdiger Helfer

Der Tod bleibt ein unvermeidbarer, integraler Bestandteil des menschlichen Lebens. Zu den ärztlichen Aufgaben gehört deshalb für Ferenc Follath, Medizinprofessor und Klinikchef am Universitätsspital Zürich, nicht nur die Bekämpfung von Krankheiten zur Verhinderung eines vorzeitigen Todes, sondern auch die Betreuung von unheilbar kranken Patienten in ihrer letzten Lebensphase. Die Möglichkeiten und die Art der ärztlichen Hilfeleistung bei solchen Patienten stehen jedoch heute zunehmend zur Diskussion.

Der Leidensdruck bei terminalen Erkrankungen beruht auf körperlichen (Schmerz, Atemnot, Schwäche, Übelkeit, Erbrechen) und psychischen Beschwerden (Angst, Verzweiflung, Depression, Unruhe, Verwirrung). Dieser Leidensdruck kann so stark sein, dass ein Patient zu sterben wünscht. Beim Todeswunsch eines Patienten gibt es verschiedene Möglichkeiten zu reagieren: den Tod zu verzögern oder zu verhindern; den Tod dem «natürlichen» Verlauf zu überlassen, das heisst, keine lebensverlängernden Massnahmen durchzuführen; den Tod durch palliative Massnahmen zu erleichtern oder schliess-

lich den Tod durch direkte aktive Sterbehilfe bzw. assistierten Suizid herbeizuführen.

Follath sieht in dieser Situation zwei Hauptaufgaben des Arztes: einerseits die Linderung der körperlichen Symptome durch Schmerzmittel, Gabe von Sauerstoff und Morphin zur Dämpfung der Atemnot sowie die Verabreichung von Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika), andererseits – und ebenso wichtig – die psychische Betreuung (zuhören, beruhigen, informieren) sowohl des Patienten als auch seiner Angehörigen: Der Arzt hilft *beim* Sterben.

Aus ärztlicher und persönlicher Sicht zieht Prof. Follath folgende Schlussfolgerungen:

- Der Arzt hat die Pflicht, Leiden zu heilen oder zu lindern.
- Bei unheilbaren Leiden in der Endphase des Lebens kann auf lebensverlängernde Massnahmen verzichtet werden.
- Palliative Massnahmen (z.B. Schmerzmittel, Sedation) dürfen und sollen angewendet werden, auch wenn diese das Risiko einer Lebensverkürzung beinhalten.
- Eine aktive Sterbehilfe ist aus ärztlicher Sicht abzulehnen.
- Sie ist weder durch Ärzte noch durch andere Personen akzeptabel und sollte grundsätzlich verboten bleiben.

Hierarchie der Werte?

Bei der Diskussion um das Für und Wider von aktiver Sterbehilfe berufen sich die verschiedenen Positionen auf unterschiedliche ethische Werte. Für die einen steht der *Schutz des menschlichen Lebens* im Zentrum; eine aktive Sterbehilfe verbietet sich daher von selbst. Für die anderen bedeutet die *Minimierung des Leidens* die wichtigste Aufgabe eines Arztes; in dieser Optik könnte – nach Ausschöpfung aller palliativen Möglichkeiten – auch die aktive Sterbehilfe eine Option bedeuten. Für die dritten, die das *Recht auf Selbstbestimmung* als obersten Wert ansehen, liegt der Entscheid bezüglich aktiver Sterbehilfe allein beim Patienten.

In den drei Workshops am Nachmittag bestand die Aufgabe darin, diese Werte zu analysieren bzw. zu hinterfragen. Während der Schutz des menschlichen Lebens zu philosophischen Überlegungen Anlass gab, wurden bei der Minimierung des Leidens eher praktische Aspekte, insbesondere der Palliativmedizin,

angesprochen. Das Recht auf Selbstbestimmung gab Gelegenheit, beide Aspekte zu diskutieren.

Selbstverständlich war es nicht möglich – aber auch nicht vorgesehen –, in der nachfolgenden Plenumsdiskussion einen Konsens darüber zu finden, welchem dieser Werte der erste Platz gebühre. Es wurde jedoch klar, dass die ethischen Konflikte im ärztlichen Handeln auch durch eine stringente Legiferierung sich nicht lösen lassen. Ein tiefgehender ethischer Diskurs muss deshalb die Wertekonflikte erörtern, die jeder und jede der Akteure bei der Frage um Sterbehilfe zu lösen hat.

Die Diskussion hat erst angefangen

Im abschliessenden «Versuch einer Synthese» wies Alberto Bondolfi vom Institut für Sozialethik der Universität Zürich darauf hin, dass die am Symposium geäusserten Überlegungen vor allem denjenigen Personen geläufig sind, die sich in fachlichen Diskursen bewegen und auskennen. Fragestellungen, welche sich quer durch die Disziplinen artikulierten, verursachten bereits bei Fachleuten manche Konfusionen und Missverständnisse. Eine solche Situation spitze sich nochmals zu, wenn Probleme der Sterbehilfe in einer breiteren Öffentlichkeit diskutiert würden.

Laut Bondolfi wird in der Fachdiskussion zwischen Therapieabbruch, passiver Euthanasie, indirekter aktiver Euthanasie, Hilfe zum Freitod, Tötung auf Verlangen und aktiver Euthanasie unterschieden, um verschiedene Modalitäten möglicher Interaktionen zwischen einer sterbenden Person und ihrem gesellschaftlichen Umfeld zu bezeichnen. Solche Unterscheidungen kommen in der Wirklichkeit nicht in einer «Reinform» vor. Diese Unterscheidungen helfen aber, die Vielschichtigkeit und Komplexität der Wirklichkeit auszulegen und entsprechend auch zu bewerten.

Erst wenn diese Unterscheidungen und die dazugehörigen Bewertungen auch von der öffentlichen Meinung wahrgenommen und verinnerlicht werden, wird es nach Ansicht von Alberto Bondolfi möglich sein, einen ethischen Konsens zu formulieren. Ein solcher werde auch eine Gesetzgebung erleichtern, welche nicht nur von Expertinnen und Experten nachvollzogen, sondern demokratisch von vielen Bürgern und Bürgerinnen getragen werde. Noch brauche es aber eine eingehende öffentliche Auseinandersetzung, die Geduld und Toleranz verlange.

**Memorandum der SAMW
 zum Bericht der AG «Sterbehilfe»**

Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat vom Bericht der Arbeitsgruppe «Sterbehilfe» Kenntnis genommen und eine eigene Arbeitsgruppe gebildet; diese hat zum Bericht das nachstehende, an der Sitzung der Zentralen Ethikkommission vom 3. Dezember 1999 gutgeheissene Memorandum ausgearbeitet. Es widerspiegelt in erster Linie den Blickwinkel der Ärzteschaft und des Pflegepersonals; im Bericht werden auch die meisten kritischen Entscheidungen der Ärzteschaft zugeschoben.

Sterben und Tod werden heutzutage nicht mehr nur fatalistisch hingenommen. Solche Veränderungen unserer gesellschaftlichen Wertvorstellungen haben dazu geführt, dass einige Menschen, vor allem in Extremsituationen, den Zeitpunkt ihres Todes selbst bestimmen wollen; dazu verlangen sie von Drittpersonen ihre Tötung. Die vom Bundesrat eingesetzte Arbeitsgruppe hat sich in ihrem ausführlichen Bericht mit diesen schwierigen und polarisierenden Aspekten gründlich auseinandergesetzt und schlägt als Ergebnis in Art. 114 StGB einen neuen Absatz 2 vor, der nun aber eine unserer Meinung nach nicht mehr vertretbare Lockerung des Tötungsverbotest sieht, im Sinne einer Strafbefreiungsklausel.

Folgende Überlegungen führen uns zur Ablehnung einer Ergänzung von Art. 114 StGB:

1. Die kritische Durchsicht des Berichtes der Eidgenössischen Kommission (BEK) deckt eine beunruhigende Fülle sprachlicher Unklarheiten auf.
 - So wird der Begriff der «Sterbehilfe» mehrdeutig verwendet: Er steht für die vorsätzliche Tötung auf Verlangen ebenso wie für palliative Handlungen; zudem verschleiert der Begriff Sterbehilfe, dass es sich um aktives Töten handeln kann.
 - Weitere, häufig synonym verwendete Begriffe haben ebenfalls Klärungsbedarf, so z.B. «kurz vor dem Tod», «dem Tod nahe», «terminal».
 - Was soll man schliesslich unter «extremen und dramatischen Ausnahmefällen» verstehen? Wie können solch unpräzise Begriffe Entscheidungsgrundlagen sein?
2. Im Bericht wird zwar richtigerweise ein Ausbau der Palliativmedizin als Mittel zur Abwendung solcher Todeswünsche gefordert. Die diesbezüglichen Möglichkeiten und Auswirkungen sind aber nicht spezifiziert; diese sind zur Zeit auch nur sehr unvollständig erforscht. Es zeigt sich gerade auch bei psychiatrischen Patienten, dass der Todeswunsch oft inkonstant und nicht von Dauer ist. Befragungen von Geretteten nach Suizidversuchen zeigen, dass bei den meisten einige Jahre nach der Tat kein Todeswunsch mehr besteht.
3. Leben und damit auch Sterben sind unveräusserliche Güter, die dem Menschen um seiner selbst zuzustehen und somit nicht delegiert werden können. Die allgemein anerkannte und im Bericht zu Recht geforderte Selbstbestimmung in der Todesfrage darf aber nicht zur Fremdbestimmung (Tötung auf Verlangen) führen.

4. Die Grauzone zwischen Tötung und Sterbehilfe muss klarer angesprochen werden, wobei die Indikation z.B. für hohe Dosen Morphium mit der primären Absicht einer Schmerzlinderung (und nicht Tötung) im Sinne der als indirekt aktiv bezeichneten Sterbehilfe bleiben muss. Es gehört sodann zum verantwortungsvollen ärztlichen Selbstverständnis zu wissen, dass eine medizinisch begründbare Unterlassung (passive Sterbehilfe) und eine vorsätzliche lebensverkürzende Handlung im Ergebnis identisch sein können. Die latent im Bericht zum Ausdruck kommende Vermutung, Ärzte beachteten diesen Unterschied nicht (mehr), kann aber kaum Rechtfertigung für eine Lockerung der Strafbarkeit vorsätzlicher Tötungshandlungen werden.
5. Der individuelle, häufig noch durch die mitleidenden Angehörigen verstärkte Wunsch nach Verkürzung des Sterbeprozesses rechtfertigt aus Sicht der Ärzteschaft auf keinen Fall die Aufgabe des höchsten Rechtsgutes unserer Gesellschaft, nämlich den Schutz menschlichen Lebens. Eine Sterbebegleitung mit optimaler Pflege, palliativen Massnahmen und menschlicher Anteilnahme sollte hingegen garantiert werden.
6. Ein neuer Absatz 2 wird im Falle seiner Annahme dazu führen, dass ausschliesslich Ärztinnen und Ärzte gefordert sein werden, die im Absatz 2 aufgeführten Kriterien für Straffreiheit genau zu umschreiben. Damit werden die Ärzte künftig gutachterlich allmählich die «Indikationen» zu solchen vorsätzlichen Tötungshandlungen umschreiben; dabei ist zu befürchten, dass eine aussergerichtliche Eigendynamik solcher Tötungen auf Verlangen, wie sie in den Niederlanden bereits eingetreten ist, entstehen wird.

Schlussfolgerungen und Empfehlung zum Vorgehen

Wir halten deshalb mit Nachdruck fest, dass dermassen viele Unklarheiten im Bereich «Sterbehilfe» bestehen, dass uns die Zeit nicht reif erscheint, gesetzliche Rahmenbedingungen für oder gegen eine aktive Sterbehilfe zu formulieren. Auch in der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ist in dieser Beziehung kein Konsens erreichbar. Wir halten das dafür unabdingbare Wissen und vor allem die wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse gegenwärtig als völlig ungenügend. Es fehlen nach unserer Meinung unverzichtbare Grundlagen für eine verantwortungsvolle Entscheidungsfindung durch Parlament und Volk.

- Wir schlagen deshalb eine mehrjährige Reflexionsphase vor, die genutzt werden muss, um
- die Datenlage anderer Erfahrungen genauer zu analysieren,
 - Begriffsklärungen und solide Entscheidungskriterien auf wissenschaftlicher Basis zu erarbeiten, z.B. als Nationalfondsprojekt,
 - die potentiellen Auswirkungen auf Patienten, Angehörige, Pflegepersonen und Ärzte der im Bericht vorgeschlagenen Liberalisierung zu analysieren und schliesslich vor allem um die Wirkung einer rasch auszubauenden Palliativmedizin und -pflege, insbesondere auf den Todeswunsch wissenschaftlich zu untersuchen.