

Forum



Bemerkungen zur Freitodhilfe

Die Ausführungen von Prof. Dr. med. Max Geiser in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 37 dürfen nicht unwidersprochen bleiben [1].

Organisationen wie Exit oder Dignitas *ermuntern* in keinem Falle kranke und alte Menschen dazu, ihren Tod rechtzeitig zu organisieren. Im Vordergrund ihrer Tätigkeit steht keineswegs die Freitodhilfe, sondern die Vermittlung, Registrierung und Durchsetzung einer Patientenverfügung für den Fall, dass ein Mitglied nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte und dessen wesentliche Funktionen des Lebens dermassen schwer in Mitleidenschaft gezogen sind, dass nach menschlichem Ermessen eine Besserung ausgeschlossen werden kann und angenommen werden muss, dass dieser Zustand ohne weitere medizinische Eingriffe direkt zum Tode führt. Es geht also bei der Patientenverfügung um Fragen der sogenannten «passiven Sterbehilfe», des Sterbenlassens. Da dieser für die Mitglieder wesentlichste Teil der Tätigkeit und des Wirkens bei den Medien kaum Interesse weckt (und da seit längerer Zeit die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften die Verbindlichkeit solcher Patientenverfügungen anerkannt hat!), ergibt sich in der öffentlichen Darstellung eine verständliche Verzerrung: es wird praktisch nur noch von der Freitodhilfe berichtet und demzufolge gelten die beiden Organisationen als Sterbehilfevereine, obwohl jeweils nur ein verschwindend geringer Teil der Mitgliedschaft der beiden Organisationen für sich in Aussicht nimmt, je um Beihilfe zu einem Freitod zu bitten.

Von den letzteren werden allerdings die beiden Organisationen in aller Regel schon bei der ersten Kontaktnahme, die immer von diesen Menschen ausgeht, dringend, ja flehentlich gebeten, ihnen bei einem möglichst baldigen Freitod behilflich zu sein, weil sie entweder ihre Schmerzen, die selbst durch beste Palliativmedizin nicht mehr zu beherrschen sind (es sei denn, man versetze den Patienten in eine Dauernarkose!), nicht mehr aushalten oder weil sie schlicht und einfach nicht bereit sind, sich für ihren letzten Lebensabschnitt zum blossen Objekt von Pflege und Medizin, als das sie sich empfinden würden, herabwürdigen zu lassen [2]. Sowohl Exit als auch Dignitas berichten immer wieder davon, dass sie zuerst versuchen, die Lebensumstände solcher Hilferufender zu verbessern. In einer namhaften Anzahl solcher Fälle erfolgt dies durch regelmässige Besuche einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters der Organisation, und wir kennen Fälle, in welchen eine solche Be-

treuung über Jahre hinweg geleistet wird. Erst wenn sich zeigt, dass eine solche Besserung ausgeschlossen werden kann oder wenn diese Hilfsbereitschaft abgelehnt wird, sind sie bereit, bei einem Freitod so mitzuwirken, dass unzumutbare Risiken für den Patienten oder gar für Dritte ausgeschlossen werden können.

Hilfe wird lange vor der eigentlichen Sterbephase gesucht

Prof. Geiser übersieht auch, dass sich viele Mitglieder nicht erst in einer unmittelbar bevorstehenden Sterbephase um Freitodhilfe bemühen, sondern oft lange vorher, also in einer Zeit, in welcher der Körper noch überhaupt keinerlei Endorphine freisetzt. Offenbar sind ihm die Schilderungen des amerikanischen Chirurgen Sherwin B. Nuland in dessen betroffenen machendem Buch «Wie wir sterben» [3] unbekannt. Nuland beschreibt die grausame biologische und klinische Realität und zeigt damit, auf welche Weise bestimmte Krankheiten uns das Leben nehmen. Wer diese Tatsachen kennt, wird zumindest Verständnis dafür aufbringen können, dass einige von solchen Krankheiten befallene Patienten den Suizid einem weiteren langen Leiden vorziehen.

Die Behauptung im Beitrag von Prof. Geiser, die Prognose des weiteren Verlaufes einer Krankheit und der Lebensdauer sei nie sicher, stimmt in dieser Absolutheit nicht. Der Verlauf einer Pankreaskopfkrebserkrankung ist bekannt, ebenso der Verlauf einer progredienten cortico-basalganglionären Degeneration. Beide sind, wie übrigens auch die Auswirkungen einer multiplen Sklerose, absolut unumkehrbar; wer das Gegenteil behauptet, glaubt allenfalls an Wunder. Im übrigen ist gerade bei MS der äussere Verlauf dann eindeutig klar, wenn häusliche Pflege nicht mehr von Angehörigen erbracht werden kann: Verlegung in ein Krankenhaus, Anlegen einer Magensonde, Verpackung mit Windeln. Wer als Betroffener solches vermeiden will, dem bleibt nur der Suizid.

Verwirrung der Begriffe ist alles andere als hilfreich

Der Beitrag von Prof. Geiser vermengt sodann Begriffe, die sorgsam auseinandergehalten werden sollten, will man sich nicht den Vorwurf hemmungsloser Polemik zuziehen. *Freitodhilfe* ist das eine; hier beendet der leidende Mensch sein Leben selbst; die Hilfe bewirkt den Wegfall der sonst immanenten gewaltigen Risiken, die jeder gewaltsamen Selbsttötung anhaften: Gefahr des Misslingens bei gleichzeitiger schwerer zusätzlicher Schädigung des Suizidenten (Beispiel: Nicole Deck, die sich blindgeschossen hat), oder Gefahr der schwerwiegenden Schädigung Dritter (etwa Lokomotivführer, die durch erlebtes Suizidgeschehen auf der Strecke häufig dermassen traumatisiert werden, dass sie ihren Beruf auf-

geben müssen, mit allen sozialen und wirtschaftlichen Konsequenzen für sie selbst, ihre Familien und ihre Umgebung). *Aktive Sterbehilfe*, also Tötung durch einen Dritten, ist etwas anderes; sie wird bemerkenswerterweise von einer grossen Mehrheit der Bevölkerung grundsätzlich für diese besonderen Situationen ausdrücklich gewünscht: Man vergegenwärtige sich, dass die Stimmberechtigten des Kantons Zürich schon in der Volksabstimmung vom 25. September 1977 mit 203 148 Ja (58,4%) gegen 144 822 Nein (41,6%) einer Initiative «Sterbehilfe auf Wunsch für Unheilbar-Kranke» zugestimmt haben [4]. Repräsentative Umfragen zeigen heute, dass die Zahl der Befürworter einer aktiven Sterbehilfe sich auf gegen 85% erhöht hat [5]. Das ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass ein immer grösser werdender Teil der Bevölkerung die Probleme schwer krank, behinderter oder an unbeherrschbaren Schmerzen leidender Personen aus der eigenen Umgebung kennengelernt hat.

Wer schliesslich, wie Prof. Geiser, das Argument der Nazi-Euthanasie bemüht, sollte sich der Gefahr bewusst sein, der er sich selbst aussetzt: Die Nazis haben staatlich über fremdes Leben verfügt und dabei Personen mit unterschiedlichem Bewusstsein das Leben gegen deren Willen genommen; wer sich heute mit diesem Argument gegen staatliche Erleichterung des begleiteten Freitodes oder staatliche Ermöglichung aktiver Sterbehilfe in schwerwiegenden Fällen zur Wehr setzt, übersieht, dass auch er damit staatliche Verfügung über fremdes Leben betreibt, diesmal aber in dem Sinne, dass voll bewusste Menschen zur Annahme eines nur noch zur Last gewordenen restlichen Lebens voller Schmerzen, Pein und subjektiver erlebter Erniedrigung gezwungen werden sollen. Ihnen würde damit allenfalls – sofern sie dazu fähig sind – nur die Alternative bleiben, einen der risikoreichen gewaltsamen Wege der Selbsttötung zu beschreiten.

Die Möglichkeit der Freitodhilfe kann Leben verlängern

Zwei Bereiche seien noch kurz angesprochen. Der eine betrifft Personen, die mit der Diagnose «Morbus Alzheimer» konfrontiert worden sind oder die an Multipler Sklerose leiden. Viele darunter sind nicht bereit, diese Krankheiten, die selber nicht zum Tode führen, die aber entweder einen vollständigen Verlust der Persönlichkeit oder der persönlichen Autonomie nach sich ziehen, bis zum Ende mitzuerleben, weil sie für sich selbst das vollständig auf Dritte Angewiesensein und/oder die erlebten Einschränkungen für sich selbst als unwürdig empfinden. Aufgrund der heutigen Rechtslage haben sie nur eine Möglichkeit, diesem Schicksal zu entgehen: sie müssen rechtzeitig, das heisst, solange sie noch als handlungsfähig gelten und körperlich in der Lage

sind, entweder Flüssigkeit zu schlucken oder mit der Magensondenspritze oder durch In-gangsetzen einer Infusion die Flüssigkeit in den Körper zu bringen, den Freitod wählen. Verpassen sie diesen Zeitpunkt, sind sie vor-derhand – entgegen ihrem eigentlichen Wil- len – zu einem für sie unwürdigen Weiter- leben verurteilt. Eine gesetzliche Regelung, welche zur Vermeidung dieser Situation führen würde, könnte gleichzeitig bewirken, dass solche Menschen einen Teil des von ihnen gerade noch als würdig empfundenen Lebens aufopfern müssen, um nicht Gefahr zu laufen, mit Alzheimer bis zum natür- lichen Ende durchhalten zu müssen.

Suizidgeschehen enttabuisieren brächte beste Suizidprophylaxe

Der andere Bereich betrifft das Suizidge- schehen eines Landes ganz allgemein. Durch die fortwährende Tabuisierung des Suizids – oft auf obskurer religiöser Grundlage und entgegen dem wahren Inhalt der Bibel, wel- che den Suizid nirgends verbietet, sondern oft sogar gutheisst (genauso wie die Bibel nicht das Töten, sondern das Morden ver- bietet!) (vergleiche hierzu [6]) –, ist bislang zu wenig erkannt worden, dass von diesem Geschehen in der Regel nur gerade jener Teil zur Kenntnis genommen wird, der sich klar in den Statistiken niederschlägt. Das sind in erster Linie die gelungenen (und als solche erkannten) Suizide. Man sucht jedoch er- folglos nach Studien, die verlässlich darüber Auskunft geben, wie viele Suizidversuche erfolgt sind, und welches deren gesundheit- lichen, wirtschaftlichen und volkswirt- schaftlichen Folgen sind. Für die Bundesre- publik Deutschland, die jährlich etwa 11000 Suizide verzeichnet, wird behauptet, es gäbe etwa 300000 Suizidversuche im Jahr [7]. Das würde bedeuten, dass die gelungenen Suizide (3,66%) nur etwa den 27. Teil aller Versuche ausmachen. Somit bleiben 26/27 des Geschehens in einem Dunkelfeld. Würde die Gesellschaft es ermöglichen, Personen, die Suizid begehen möchten, grundsätzlich die Möglichkeit anbieten zu können, dies risikofrei für sich selbst und für Dritte zu tun, ergäbe sich eine ganz neue Qualität der Suizidprophylaxe: Vor einer Zustimmung zu einem begleiteten Suizid (eine Abgabe des dafür verwendeten Natrium-Pentobar- bitals an Suizidenten selbst kann wegen der Missbrauchsgefahr nicht in Frage kommen) träte eine Phase des Gesprächs und der Ab- klärung, ob es für den betreffenden Men- schen nicht eine bessere Alternative als den Tod gibt. Damit könnte höchstwahrschein- lich nicht nur die Anzahl der effektiv er- folgten Selbsttötungen reduziert werden; es könnte auch ein ganz erheblicher Teil der Schädigungen, die sich im Bereich der mis- gelungenen Suizidversuche und der Schädigung Dritter sich ergeben, vermieden wer- den.

*lic. iur. Ludwig A. Minelli,
Generalsekretär Dignitas, Forch*

- 1 Geiser M. Aktive Sterbehilfe – Ausdruck menschlicher Anmassung. [Leserbrief]. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(37):1988-9.
- 2 Tätigkeitsbericht von Dignitas vom 1. Januar 2000 bis zum 31. Dezember 2000, S. 3-5.
- 3 Nuland SB. Wie wir sterben. Knauer Taschen- buch Nr. 77237, 1996. Der Autor lehrt Chirurgie und Medizingeschichte an der Yale University und gehört zum Vorstand des «Journal of the History of Medicine and Allied Sciences».
- 4 Amtsblatt des Kantons Zürich, Textteil, 1977, Seite 1233.
- 5 IPSO-Umfrage August 2000.
- 6 Küng H. Menschenwürdig sterben. In: Walter J, Küng H. Menschenwürdig sterben. München, Zürich: Piper; 1995. Küng sagt (S. 51): «Vielfach sind solche Argumente, auch aus dem Munde von Ärzten und Juri- sten, alles andere als rein «wissenschaftlicher» Natur. Sie sind weltanschaulich eingefärbt, sind zugegebenermassen oder verdeckt philosophisch-theologisch inspiriert. Deshalb sollten besonders die oft unterschweligen theologischen Argumente einer Prüfung unterzogen werden.»
- 7 Dazu gibt die Deutsche Gesellschaft für Suizidprophylaxe folgende Angaben (http://www.suizidprophylaxe.de/epidemiologie_von_suiziden.htm): «Zur Zeit liegen für Deutschland repräsen- tative Daten zur Suizidversuchshäufigkeit und zum Verlauf der Suizidversuchsraten nur aus dem deutschen Erfassungsgebiet der WHO-Multicentre-Study on Parasuicide für die Jahre 1989 bis 1996 vor. Dieses umfasst die Catchment-Area Würzburg-Stadt und Würzburg-Land mit etwa 280000 Einwohnern. Erfaßt werden alle suizidalen Handlun- gen, die mit Gesundheitsinstitutionen in Berührung kommen (Schmidtke, Fricke & Weinacker, 1994). Der Anteil der Männer an allen registrierten Suizidversuchen beträgt 37%. Die auf der Basis dieser Stichprobe geschätzten Suizidversuchsziffern für die BRD für die Bevölkerung 15 Jahre und älter betragen für 1996 für Männer 122/100000 und für Frauen 147/100000. Im Vergleich zu 1989 sind die Suizidversuchsraten damit bei den Männern um 70% und bei den Frauen um 48% angestiegen. Die Suizidversuchs- ziffern schwanken jedoch stark. Der Vergleich der neuen Zahlen mit früheren Zahlen zeigt, daß die Suizidversuchsraten seit 1985 in etwa das gleiche Niveau haben und jetzt nur noch etwa die Hälfte (Männer) bis zwei Drittel (bei den Frauen) der hohen Raten Mitte der 70er Jahre betragen (Schmidtke et al., 1988 a, b).» Geht man von 80 Millionen Einwohnern und einer mittleren Suizidversuchsrate von 135 auf 100000 Einwohnern aus, ergibt sich eine Suizidversuchshäufigkeit von rund 108000 pro Jahr; dem steht die Angabe von 300000 jährlichen Versuchen seitens der Hospizbewegung gegenüber (<http://www.hospize.de/presse/pm05-01.htm>). Der Unterschied resultiert wohl daraus, dass die niedrigere Zahl gesicherte Zahlen sind, wogegen die höhere die Dunkelziffer mit einschliessen dürfte.

Aktive Sterbehilfe – Ausdruck menschlicher Anmassung

Mit den ersten Worten «In der Diskussion um die Strafbefreiung der Unterstützung des Suizids und des Tötens von unheilbar kran- ken ...» [1] vermischt der Autor die Begriffe: die Beihilfe zum Suizid ohne selbstsüchtige Motive ist straffrei, das wird meines Wis- sens nicht in Frage gestellt. Diesen Geset- zesartikell kann man schlüpfrig nennen. Ich finde ihn weise und bin stolz, dass unser Strafgesetzbuch – meines Wissens als einzi- ges der Welt – diese Klugheit hat. Glück- licherweise wird der Begriff der Selbstsüch- tigkeit vernünftig interpretiert.

Es ist nicht so, dass man «todkranken Men- schen als Vorbereitung auf den Tod tenden- ziose Sterbe-Literatur und hilflose Helfer [...] zumutet». Sie wenden sich selber an Exit, nach meiner Erfahrung ausnahmslos nach intensiver Entscheidungsfindung, weil sie die Literatur in gesunden Tagen gesucht und verarbeitet haben.

Ein Glück, dass die Schmerzlinderung meist gut genug möglich ist, Palliativmediziner sagen bei 90%. Bleiben die Fälle, in denen das selbst mit höchst dosiertem Morphium und neurochirurgischen Interventionen nicht gelingt. Ich errechne, dass das jedes Jahr einige Tausend sein müssen in der Schweiz.

«Heute scheint die Ansicht zeitgemäss zu sein, dass der Mensch angesichts der noch nicht heilbaren Krankheiten, die wegen der höheren Lebenserwartung gehäuft auftre- ten, den Zeitpunkt des Todes wählen und (in Würde) sterben solle.» Sollen nicht, aber dürfen schon!! Und dieses absolute Recht soll heute wirklich noch viel breiter bewusst gemacht (propagiert) werden. Und warum sollte man den Menschen gerade bei diesem schwierigen Wegstück nicht helfen? Viele können sich allein schlecht gegen die alten Indoktrinationen zum Lebensollen, gegen alte bissigaggressive, sich meist christlich nennende innere und äussere Stimmen weh- ren – und noch zu oft gegen zynische oder verharmlosende Sätze von Ärzten. Wenn diese Menschen hören, dass ihre Selbstbe- urteilung dem Gegenüber einleuchtet und dass er die Sterbeabsicht moralisch möglich findet, erleben sie oft eine enorme Entla- stung – bestverstandene Psychotherapie, kein hilfloser Helfer.

Es ist wahr, Sterbehilfe könnte anmassend sein – wie deren Ablehnung auch. Dagegen hilft wohl nur gutwilliges Reflektieren der eigenen Beweggründe.

Wegen der einzigartigen Rechtsstellung der Suizidbeihilfe in der Schweiz ist dagegen die Motion Ruffy bzw. die Initiative Cavalli unnötig; da gehe ich mit Herrn Prof. Geiser einig. Sie verlangen die Strafbefreiung der Tötung auf Verlangen, der «aktiven Sterbe- hilfe», kurz vor dem unabwendbaren Tod. Der oft genannte Sterbewillige unmittelbar vor dem unabwendbaren Tod, der selbst mit Hilfe absolut unfähig wäre, eine letzte

Handlung selber zu tun, ist wohl eher eine Zweckkonstruktion. Ich vermute, dass bei uns wie in Holland und überall viele Menschen die Verantwortung für den Tod in die Hand des Arztes legen, den Tod vom Arzt bekommen möchten – diesen Auftrag brauchen wir indes nicht anzunehmen. Die öffentlich unwirsch geäusserte Ansicht von Prof. Cavalli, es sei doch unwichtig, wer von beiden die letzte entscheidende Handlung tue, ist mir unverständlich aus dem Munde eines Politikers hohen Ranges.

Dr. med. P. Baumann, Zürich

1 Geiser M. Aktive Sterbehilfe – Ausdruck menschlicher Anmassung. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(37):1988-9.



Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes

Die «Sucht nach Emanzipation» hat zwar nicht – wie Möbius gemäss dieser Rezension [1] offenbar glaubte – zur Anarchie geführt, wohl aber zur Kinderlosigkeit, so dass Möbius mit seiner Ansicht, «dass übermässige Geistestätigkeit der Fortpflanzung feindlich gegenübersteht», nicht ganz unrecht behalten hat; das aber heisst biologisch nachgerechnet: Aussterben.

Heute wissen wir, dass es sich bei der (beidseitigen!) Emanzipation um einen entwicklungsgeschichtlichen Schritt von Gehirndifferenzierung handelt, bei dem es nicht darum geht, die Geschlechterrollen neu zu verteilen, sondern eine neue Gewichtung zu erreichen. Der Mann wird «nach 4000 Jahren Patriarchat» endlich «den Bauch» kennenlernen müssen und einen Teil der «Liebesarbeit» übernehmen, den er bisher vorwiegend der Frau überlassen hat. Dann

wird die Frau auch wieder ihrem Wesen der Lebensspenderin gerecht werden, worin sie in unserer vorchristlichen Kultur und Religion heilig war (während in der Christlichkeit die unbefleckte Empfängnis und die Freiheit von Sünde als heilig gelten).

Unbesehen aller Kämpfe, die für die Emanzipation noch ausgefochten werden müssen, sollte uns vor der Zukunft Mann + Weib = Mensch nicht bange sein. Auch die Nietzschesche psychologisch-biologistische Ansicht der patriarchalischen Mentalität um die vorvergangene Jahrhundertwende – «Im Weib zeigt die Natur, was sie mit dem Menschen erreicht, im Mann, was sie mit ihm noch vorhat» – wird sich einpendeln in eine beidseitige Leistungsdifferenzierung, die nach wie vor biologisch und nicht ideologisch bestimmt sein wird.

Dr. Hans Berger, Birsfelden

1 Bickel MH. «Über den psychologischen Schwachsinn des Weibes». Möbius' provokatives Buch von 1900. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(36):1922-3.