

SAMW-Generalsekretärin Margrit Leuthold über Konsens, Richtlinien und klare Forderungen : "Suizidbeihilfe soll nicht zum ärztlichen Angebot gehören"

Autor(en): **Hansen, Robert / Leuthold, Margrit**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Curaviva : Fachzeitschrift**

Band (Jahr): **77 (2006)**

Heft 4

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-803893>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

SAMW-Generalsekretärin Margrit Leuthold über Konsens, Richtlinien und klare Forderungen

«Suizidbeihilfe soll nicht zum ärztlichen Angebot gehören»

■ Robert Hansen

Margrit Leuthold ist Generalsekretärin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Die aktuellen verbindlichen Richtlinien der SAMW sind für Ärzte wie Pflegepersonal eine wichtige Entscheidungshilfe.

■ *Palliativpflege hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Tritt das Thema der Suizidbeihilfe dadurch in den Hintergrund?*

Margrit Leuthold: Wir haben das Thema in der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften eingehend diskutiert. In unseren Augen können Palliativpflege und Suizidbeihilfe nicht gegeneinander ausgespielt werden. Wir hören häufig: Man müsse nur eine möglichst umfassende Palliativpflege anbieten, dann verschwinde jeder Suizidwunsch. Wir denken, das ist nicht zutreffend. An die Palliativpflege werden wohl zu hohe Erwartungen gestellt. Für uns ist es eine Notwendigkeit, dass wir Palliativpflege jedem Patienten, der das braucht und möchte, möglichst umfassend anbieten. Aber es bedeutet nicht, dass man sich dann nicht mehr um Suizidbeihilfe und Suizidwünsche kümmert.

■ *Palliativpflege ist erst in einigen Kantonen ein Thema. Besteht in diesem Bereich noch viel Potenzial?*

Leuthold: Wir denken schon, dass da noch ein grosses Potenzial vorhanden ist und man das Angebot unbedingt

flächendeckend ausbauen muss. Es lässt uns auch optimistisch stimmen, dass der Bund anerkennt, dass Palliativpflege wichtig ist. Das zeigt der neuste Bericht, den das Bundesamt für Justiz in die Vernehmlassung geschickt hat. Palliativpflege ist nun auch auf der politischen Ebene ein Anliegen.

■ *Der Bericht des Bundesamtes für Justiz sagt gleichzeitig, dass es bezüglich Suizidbeihilfe auf Gesetzesebene keinen Handlungsbedarf gebe. Teilen Sie diese Meinung?*

Leuthold: Wir denken schon, dass es sinnvoll ist, indirekt aktive oder passive Sterbehilfe nicht weiter juristisch zu regeln. Wir treten auch dafür ein, dass man die Paragraphen 114 und 115 des Strafgesetzbuches belässt. Mehr Mühe bekunden wir damit, dass keine Bereitschaft besteht, bei den Sterbehilfeorganisationen eine staatliche Aufsicht im Rahmen einer Gesetzgebung zu machen. Wenn unser Gesetz schon zulässt, dass im Prinzip jede Privatperson eine solche Organisation auf die Beine stellen kann, sollte man gewisse Kriterien haben. Wenn man ein Restaurant eröffnet, muss man ja auch Bewilligungen einholen, alles wird überprüft, und die Lebensmittelkontrolle kommt. Es ist fast absurd, dass man im Bereich der Suizidbeihilfe gar nichts fordert.

■ *Gegner der Suizidbeihilfe argumentieren, dass die Suizidbeihilfe quasi auch vom Staat legitimiert werde, wenn Organisationen wie Exit oder Dignitas*

staatlich überprüft und zugelassen werden.

Leuthold: Suizidbeihilfe ist durch die bestehenden Strafgesetze ja bereits legitim respektive nicht verboten. Weil das so ist, finde ich dieses Argument relativ schwach.

■ *Haben Sie Angst vor Missbrauch in der Suizidbeihilfe?*

Leuthold: Wir finden es befremdlich, dass Sterbehilfeorganisationen nach eigenen Spielregeln schalten und walten können, wo es doch um Leben und Tod von Menschen geht, ohne dass da irgendwelche Qualitätsstandards eingeführt werden oder der Bund oder die Kantone eine gewisse Aufsicht wahrnehmen. Mir fehlt die Transparenz, was da genau passiert und wie die Finanzflüsse sind.

■ *Das ist ein zentrales Anliegen der SAMW?*

Leuthold: Auf jeden Fall. Doch man muss unterscheiden: Ich denke, Exit ist recht transparent. Eine Untersuchung von allen Exit-Sterbefällen im Kanton Zürich hat gezeigt, dass es keine Unregelmässigkeiten oder obskuren Fälle gegeben hat. Ein Problem liegt eher bei den begleiteten Suiziden jener Patienten, die aus dem Ausland kommen. Da ist man oft schlichtweg nicht in der Lage und hat auch nicht die nötige Zeit, um seriös Abklärungen zu machen.

■ *Sie sprechen Dignitas und den Sterbetourismus in die Schweiz an.*

Leuthold: Ja, im Moment besteht dort das Problem.

■ *Der Bericht hält aber auch fest, man wolle nicht diskriminieren und sterbewillige Menschen aus dem Ausland nicht ausschliessen.*

Leuthold: Aus ethischer Sicht ist das sicher richtig. Aber es stellen sich natürlich andere Fragen: Man kennt diese Person schlicht nicht, weiss

andere Optik mit ein. Wie offenbaren sich diese Differenzen?

Leuthold: Sie sprechen speziell die Situation in Spitälern und in Pflegeheimen mit einer Langzeitsituation an. Ja, das Spannungsfeld kann bestehen. Und Sie haben sicher Recht im Punkt, dass das Pflegepersonal häufig näher an den Bedürfnissen des Patienten ist als der Arzt. Wir versuchen auch in unseren Richtlinien immer eine

der Krankenpflegenden der Schweiz haben wir gesehen, dass dieser gegenüber der Suizidbeihilfe eine grosse Skepsis hat. Bei der Ärzteschaft gibt es auch Kreise, die sehr zurückhaltend sind. Das ist dann häufig religiös geprägt. Ansonsten sind unsere Richtlinien sehr gut akzeptiert, zumindest auf Ärzteseite. Aber ich denke, das auch heute zum Teil noch ein Spannungsfeld zwischen Pflegenden und Ärzten besteht, das auch in diesem Bereich zum Tragen kommt.

■ *Schlussendlich entscheidet aber der Patient?*

Leuthold: Bei der Suizidbeihilfe ist es absolut unabdingbar, dass ein Patient urteilsfähig ist. Wir verlangen bei der Suizidbeihilfe in jedem Fall eine Zweitabklärung. Das muss nicht zwingend ein Arzt sein, das kann auch eine Person sein, die dem Patienten nahe steht und die seinen Willen auch beurteilen kann. Diese zusätzliche Kontrolle ist ganz wichtig. Eine Missbrauchgefahr besteht mehr bei Patienten, die nicht mehr urteilsfähig sind. Der Wunsch darf auch nicht auf äusseren Druck zustande gekommen sein. Das ist im Einzelfall nicht ganz einfach zu prüfen. Aber ich denke, dass man jedes Indiz, das darauf hinweisen würde, genau verfolgen muss. Man muss sich immer fragen, warum genau dieser Sterbewunsch da ist. Die Befürchtung, dass gerade bei alten Menschen, die in unserer Gesellschaft ohnehin einen schwereren Stand haben, ein gesellschaftlicher Druck entstehen kann, muss man ernst nehmen. Sie könnten die Haltung entwickeln: Es wäre langsam Zeit, dass ich gehe, ich falle ja nur noch zur Last. Das sind schon Entwicklungen, die man ganz aufmerksam verfolgen muss.

■ *Verschiedene Weltanschauungen und manchmal auch der religiöse Hintergrund beeinflussen, wie sich ein Heim zum Thema stellt. Eine Einheit wird nie erreicht.*



«Wir finden es befremdlich, dass Sterbehilfeorganisationen nach eigenen Spielregeln schalten und walten können, wo es doch um Leben und Tod von Menschen geht.»

Fotos: roh

meistens wenig über deren Umfeld; zudem ist die medizinische Vorgeschichte nicht ausreichend bekannt. Die kurze zur Verfügung stehende Zeit – manchmal nur 24 Stunden – ist viel zu wenig, um ein Vertrauensverhältnis herzustellen, den Suizidwunsch zu ergründen und auch um abzuklären, ob die Bedingungen wirklich erfüllt sind.

■ *Suizidbeihilfe in Heimen geht hingegen eine lange Abklärungsphase voraus. Trotzdem kann es Spannungsfelder geben. Das Pflegepersonal kann durch den täglichen Umgang mit den Patienten deren Wünsche gut beurteilen. Die Ärzte bringen manchmal eine*

Konsenslösung anzustreben. Solche heikle Entscheide am Ende des Lebens – aber auch sonst in einer schwierigen medizinischen Situation – sollen konsensual getragen werden. Man soll versuchen, mit den Angehörigen zusammen das Thema ausdiskutieren, damit man einen Entscheid findet, den alle mittragen können.

■ *Also auch unter Einbezug des Pflegepersonals?*

Leuthold: Ja. Natürlich trägt schlussendlich der Arzt die Verantwortung, weil er ja auch zur Rechenschaft gezogen wird, wenn allenfalls etwas schief läuft. Bei der Stellungnahme des Verbandes

Leuthold: Jedes Heim sollte sich zumindest mit der Frage befassen und zu einem Entscheid kommen, wie man das Thema handhaben will. Das soll dann auch gegen aussen kommuniziert werden. Wenn jemand in ein Heim eintritt, ist es wichtig, auch in dieser Frage Transparenz zu haben.

■ *Viele Institutionen argumentieren aber, sich erst in einem konkreten Fall mit dem Thema zu beschäftigen.*

Leuthold: Es wäre besser, wenn man sich mit dem Thema auseinandersetzt, bevor eine konkrete Anfrage vorliegt. Dann ist es eigentlich schon zu spät. Es sind vielfach lange Prozesse, in denen Gespräche geführt werden müssen, bis eine Lösung gefunden wird, die von den meisten Beteiligten getragen werden kann.

■ *Befürworten Sie eine generelle Möglichkeit, in einem Heim Suizid zu begehen?*

Leuthold: Grundsätzlich soll man alte Menschen genau so ernst nehmen wie jüngere und sie als autonome Menschen bis an ihr Lebensende behandeln, wenn sie urteilsfähig bleiben. Da sie ihren Wohnsitz im Heim haben, sollte dies grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden.

■ *Das eigene Zimmer im Heim wird zum Lebensmittelpunkt. Wo soll dann Beihilfe zum Suizid geleistet werden?*

Leuthold: Das ist ein heikler Punkt. Es geht ja nicht nur um den autonomen alten Menschen, er befindet sich ja gleichzeitig in einer Lebensgemeinschaft. Da muss man auch auf die Gefühle der übrigen Heimbewohnenden Rücksicht nehmen und diese respektieren. Sicher soll sich das Personal der Institution selber nicht am Suizid beteiligen, weil das für alle schwierig ist. Aber der Suizid sollte schon in der Institution stattfinden können. Vielleicht sogar in den eigenen vier Wänden oder in einem separierten Zimmer, von den anderen Menschen abgeschirmt.

■ *Einige Heime verbieten aber Suizidbeihilfe im Haus. Dann müssen die Menschen für diesen letzten so bedeutungsvollen Schritt ihr vertrautes Lebensumfeld verlassen.*

Leuthold: Das ist für mich eine triste Vorstellung, wenn jemand irgendwo in einer anonymen Dreizimmerwohnung sterben muss.

■ *In der Gesellschaft wird das Thema immer mehr enttabuisiert. Glauben Sie, dass die Zahlen von Suizidbeihilfe markant ansteigen werden?*

Leuthold: Das erwarte ich nicht. Man hat ja auch gesehen, was in den Heimen der Stadt Zürich mit der Liberalisierung und damit mit der Enttabuisierung geschehen ist. Da hat es in keiner Art und Weise einen sprunghaften Anstieg gegeben. Als Vergleich dient die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches. Da wurde auch befürchtet, die Fälle würden sprunghaft zunehmen. Das hat sich aber nicht bewahrheitet.

■ *Die Enttabuisierung kann auch eine Entlastung für die Beteiligten darstellen.*

Leuthold: Die MELS-Studie – Medical End of Life Decisions in Switzerland; Teil einer Europäischen Vergleichsstudie – hat 2003 erstmals vergleichend aufgezeigt, wie die Sterbehilfe in sechs verschiedenen europäischen Ländern praktiziert wird. Es wurden in der Schweiz etwa 3000 anonymisierte Sterbefälle zurückverfolgt. Ärzte wurden angeschrieben und gefragt, was genau am Ende des Lebens eines Patienten geschehen ist. Dabei wurde gezeigt, dass in einem Prozent aller Sterbefälle Suizidbeihilfe oder sogar aktive Sterbehilfe involviert war. Diese Zahl ist erstaunlich hoch und war für uns auch ein Indiz, dass da eine Grauzone besteht, wo die Ärzte sehr alleine gelassen werden. Alles, was man in einem akzeptierten Umfeld machen kann, ist besser, als etwas, das tabuisiert wird.

■ *Entspricht die liberale Haltung des Staates auch den Vorstellungen der SAMW?*

Leuthold: Wir denken, dass die liberale Grundhaltung nicht eingeschränkt werden soll. Andererseits soll ein Bereich nicht generalisiert werden, wo sich jeder Einzelfall anders präsentiert. Jeder Mensch ist wieder in einer anderen Situation. Der Versuch, das juristisch zu regeln, ist sehr heikel. Mit unseren Richtlinien haben wir ein Instrument, an dem sich Ärzte und Pflegende orientieren; diese Berufsgruppen waren ja bei der Erarbeitung beteiligt. Durch die Vernehmlassung wurde zudem eine gewisse basisdemokratische Legitimation innerhalb der Ärzteschaft geschaffen. Anders als bei einem Gesetz können wir die Richtlinien auch sehr rasch wieder überarbeiten und allenfalls Änderungen herbeiführen. Die Sterbehilfe ist ein Bereich, in dem man mit detaillierten Gesetzen wenig bewirken kann.

■ *Fühlen sich alle Ärzte diesen Richtlinien verpflichtet?*

Leuthold: Fast alle unsere Richtlinien sind in die Standesordnung aufgenommen worden. In der Schweiz sind nahezu alle Ärzte Mitglied der FMH. Für sie sind die Richtlinien verbindlich und gehören zum Standeskodex.

■ *Trotzdem kann leicht jemand in einen Gewissenskonflikt kommen. Die Richtlinien wurden bei der Erarbeitung ja kontrovers diskutiert. Haben Sie Rückmeldungen, wie Ärzte mit diesem Spannungsfeld umgehen?*

Leuthold: Die Vernehmlassungsantworten waren erwartungsgemäss kontrovers, aber eigentlich sind die Richtlinien sehr gut als Hilfestellung aufgenommen worden. Sie lassen es ja auch jedem Arzt und jeder Ärztin offen, nach den eigenen ethischen Grundsätzen zu handeln. Das Thema erfuhr eine gewisse Öffnung, nicht aber gleich eine ethische Legitimation. Ich habe Erfahrungen mit Medizinstudieren-

den, mit denen wir das Thema aufnehmen. Das sind junge Menschen, die praktisch noch keinen Patientenkontakt gehabt haben. Da merkt man schon bei vielen eine Überforderung oder eine grosse Zurückhaltung. Sie wollen sich mit dem Thema nicht beschäftigen.

■ *Bereits 1976 hat die SAMW erste Richtlinien für sterbende Menschen*



«Palliativpflege und Suizidbeihilfe können nicht gegeneinander ausgespielt werden.»

erlassen. In der überarbeiteten Version aus dem Jahr 1995 wurden auch zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten mit einbezogen. Was hat sich in der Diskussion über diesen langen Zeitraum geändert?

Leuthold: Man hat der Patientenautonomie ein immer grösseres Gewicht gegeben. Bis und mit den Richtlinien 1995 war Suizidbeihilfe kein Thema. Sie wurde in den 1995er-Richtlinien mit einem Satz abgehandelt: «Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit.» Das Thema war damit eigentlich erledigt. In den überarbeite-

ten Richtlinien ist die Aussage immer noch drin. Das ist auch richtig. Suizidbeihilfe soll nicht zum ärztlichen Angebot gehören und darf auch nicht einfach an den Ärztestand delegiert werden. Das ist nicht der ärztliche Auftrag. Aber man relativiert. Bereits 1976 haben die allerersten Richtlinien gesagt, dass man bei einem Patienten nicht bis zum bitteren Ende alles und jedes machen muss, sondern dass Lin-

derung des Leidens das Primärziel ist. Wenn man einem Patienten deutliche Linderung bringen und das Sterben erleichtern kann, darf man Medikamente einsetzen und eine Lebensverkürzung in Kauf nehmen. Bei der Revision der Richtlinien haben wir die Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten in separaten Richtlinien behandelt, da sich bei dieser Patientengruppe andere Fragen stellen als bei Sterbenden.

■ *Bei der Erarbeitung der ersten Richtlinien waren die Ärzte noch unter sich. Später kam auch das Pflegepersonal hinzu. Wie viel schwieriger wurde es, einen Konsens zu finden?*

Leuthold: Es ist sicher eine grosse Bereicherung, dass wir Pflegende heute immer dabei haben. Gerade in den 2004 letztmals überarbeiteten Richtlinien über Patienten am Lebensende habe ich nach der ersten Sitzung nicht gedacht, dass es bei der Frage um Suizidbeihilfe eine Konsensformulierung geben kann. Auch innerhalb der Ärzteschaft kamen grosse Unterschie-

de in der Weltanschauung an den Tag. Das war ein sehr langer Prozess und ein Ringen um Formulierungen, bis wir zu einer Position gekommen sind, zu der alle stehen konnten. Das ist auch ein spannender Vorgang.

■ *Wie gross ist das Interesse am Ausland an dieser Arbeit?*

Leuthold: Die Organisationen im Ausland bedienen wir regelmässig mit unseren Richtlinien. Gerade in Deutschland finden diese eine grosse Beachtung. In England wird die Frage der Sterbehilfe derzeit im Parlament diskutiert. Deswegen wurden wir letzten Herbst nach England eingeladen, und die Richtlinien sind mit grossem Interesse aufgenommen worden.

■ *Warum sind wir weiter als das Ausland?*

Leuthold (lacht): Das hört sich nun an wie ein Evolutionsprozess, bei dem wir an der Spitze stehen. Ich würde dies nicht werten mit «weiter» im Sinne von aufgeklärter. Ich denke, gerade diese Frage hat sehr viel zu tun mit Religion und mit der Geschichte. England ist in vielen Fragen der Bioethik progressiv...

■ *... aber Suizidbeihilfe ist in England immer noch verboten.*

Leuthold: Sogar Suizid war bis in die 60er-Jahre verboten. Ich denke schon, bei uns hat der Artikel 115 geholfen (Seite 25), der eigentlich aus einem völlig anderen Grund in das Strafgesetzbuch gekommen ist. Natürlich war auch förderlich, dass wir die ganze nationalsozialistische Hypothek nicht gehabt haben und liberaler handeln konnten.

■ *In Polen, Spanien und Italien ist Suizidbeihilfe auch verboten.*

Leuthold: Das sind natürlich die klassischen katholischen Länder. Dort gibt es viele Bereiche der Medizin, wo sich die restriktive Haltung ausdrückt. Ich denke aber, wenn wir den Artikel 115 nicht hätten, würden wir auch an einem ganz anderen Ort stehen. ■