

Die Entwicklung der Sterbehilfe in der Schweiz:

Mehr Fälle, mehr Gründe

Die Sterbehilfe – oder besser: der assistierte Suizid – ist in der Schweiz erlaubt. Die Häufigkeit steigt seit einigen Jahren erheblich – vor allem bei Frauen und bei alten Menschen. Die Diskussion um Würde und Selbstbestimmung bis zuletzt spielt dabei eine wichtige Rolle, schreibt unsere Autorin.

Von Gabriela Stoppe*

2014 und 2015 werteten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Mortalitätsdaten des Bundesamts für Statistik (BfS) von 1991 bis 2008 aus. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 24 842 Suizide begangen, 71,3 Prozent davon von Männern. Zu beachten gilt es, dass die tatsächlichen Zahlen um 10 bis 30 Prozent höher liegen. Das Bundesamt für Statistik erfasst die Fälle von assistiertem Suizid seit 1998. Seit 2003 melden die Organisationen Exit Deutschschweiz und Exit Romandie sowie Dignitas ihre Angaben ans BfS. Parallel zu dieser Auswertung entwickelte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Nationale Strategie Suizidprävention.

Im Zeitraum von 1991 bis 2008 nahm die Suizidrate in der Schweiz signifikant ab von 38.3 auf 29.9 pro 100 000 Einwohner



* **Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe** ist Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, speziell Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, in Basel (www.mentage.ch; gabriela.stoppe@mentage.ch).

und Jahr. Bei den Frauen kam es jedoch zu einem Anstieg von 13.6 auf 14.3 pro 100 000 Einwohner und Jahr. Während die Suizide durch Waffen, Sprünge oder mit der Bahn abnahmen, vor allem in der Gruppe der Alten, nahmen die Suizide durch Vergiftung um das Doppelte bei den Männern und das Dreifache bei den Frauen zu, auch und vor allem in der Altersgruppe der 65- bis 94-Jährigen. Die Anzahl der Suizide infolge von Vergiftung stieg von 5.1 auf 17.2 pro 100 000 Einwohner und Jahr zu. Etwa 80 Prozent dieser Suizide sind den assistierten Suiziden zuzuordnen. In den zehn Jahren zwischen 1998 und 2008 fanden sich 2211 Fälle, bei denen die Behörden Sterbehilfe vermuten. In den Jahren 2003 bis 2008 meldeten die drei oben genannten Organisationen 1275 Fälle von assistiertem Suizid. Davon gehörten mehr als 93 Prozent zu diesen Verdachtsfällen. Man kann somit davon ausgehen, dass die angenommene Zahl für den längeren Zeitraum (1998 bis 2008) die tatsächliche Grössenordnung relativ gut wiedergibt. Wie Untersuchungen zeigen, ist der Suizid vor allem ein Thema der Männer, der assistierte Suizid offensichtlich eines der alten Frauen.

2211 Fälle von Sterbehilfe vermuten die Behörden in den Jahren zwischen 1998 und 2008.

Die Zunahme an assistierten Suiziden spiegelt sich auch in den Angaben von Exit. Während die Organisation im Jahr 2011 noch 305 Freitodbegleitungen angab, stieg die Zahl auf 459 im Jahr 2013 und sogar auf 583 im Jahr 2014. Die Anzahl von Freitodbegleitungen bei Personen mit psychischen Störungen stieg ebenfalls an von drei im Jahr 2011 auf zehn im Jahr 2013. Bei dieser Patientengruppe ist die Freitodbegleitung besonders umstritten, was aber nicht Diskussionsgegenstand dieses Beitrags sein soll. Seit dem vergangenen Jahr sieht Exit eine weitere Gruppe von Menschen als für die Freitodbegleitung geeignet

>>

an, nämlich diejenigen, die des Alterns überdrüssig sind, also nicht an einer zum Tod führenden Erkrankung leiden. Demnach findet sich in den letzten Jahren sowohl eine Zunahme von Fällen wie auch eine Ausweitung der Indikationen. Eine gesetzliche Regelung gibt es bisher nicht; vielmehr hat sich die Schweizer Bundesregierung bisher ausschliesslich für eine Stärkung der Palliativmedizin ausgesprochen. Vorbehaltlich der weiteren Entwicklung kann jetzt schon gesagt werden, dass sich die von manchen gehegte «Hoffnung» nicht erfüllt, wonach die magistrale Empfehlung die «Welle» der Selbsttötungen brechen sollte.

Motive und Risikofaktoren

Bisher gibt es nur wenig wissenschaftliche Untersuchungen zu den Motiven für assistierten Suizid. Schon zehn Jahre alt ist eine Untersuchung aus Zürich, die Fälle auswertete, bei denen sowohl ein Abschiedsbrief als auch die Patientenakte der jeweiligen Ärzte vorlagen. Dabei fand sich unter anderem, dass die Betroffenen die Gründe, die für sie sehr wichtig waren, unterschiedlich oft mit dem Arzt/der Ärztin diskutierten. Ausgeschlossen ist es natürlich nicht, dass jeweils Diskussionen

stattfanden, dokumentiert wurden sie indes nicht. Bei den Problemen, die zur Sprache kamen, handelte es sich um die Auseinandersetzung mit Schwäche und Hilflosigkeit sowie mit dem dadurch erlebten Würdeverlust.

Es erstaunt, dass eine Angelegenheit um Leben und Tod nicht einer Qualitätskontrolle unterliegt.

Wissenschaftliche Untersuchungen zu den Risikofaktoren, wie wir sie aus der Suizidforschung kennen, wurden zu den assistierten Suiziden bisher kaum publiziert. Man weiss, dass Hochschulbildung das Risiko für Suizid senkt und für assistierten Suizid erhöht und dass Scheidung und Alleinleben das Risiko für beide Formen erhöhen. Während Suizide in den meisten Fällen mit psychischen Problemen und Krankheiten einhergehen, sind es beim assistierten Suizid vor allem schwere körperliche Erkrankungen wie

Ein Begriff ohne Wertung

Nach einem vorangegangenen Artikel in dieser Zeitschrift zur Suizidprävention («Prävention des Suizids im Alter: Ein altersfeindliches Klima fördert das negative Bilanzieren», Curaviva 11/2012) setzt sich dieser Beitrag ausschliesslich mit dem assistierten Suizid und den Entwicklungen der vergangenen Jahre auseinander. Dies ist besonders für all diejenigen wichtig, die sich mit alten Menschen beschäftigen. Die Autorin war federführend beim Positionspapier «Suizidprävention im Alter» von Public Health Schweiz:

www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier_Suizidpraevention_im_Alter__D_def.pdf

In diesem Beitrag verwendet die Autorin – wie in wissenschaftlichen Publikationen üblich – den Begriff «assistierter Suizid». Dieser Ausdruck ist neutral. «Hilfe» im Begriff «Sterbehilfe» enthält eine (moralische) Wertung wie «Mord» im Begriff «Selbstmord» eine solche enthält.



Todbringendes Mittel: Suizide durch Vergiftung nahmen bei den Männern bei den Frauen um das Dreifache.

Krebs oder immobilisierende neuropsychiatrische Erkrankungen. Damit wird auch der Zusammenhang zum höheren Alter erklärt, zumal sich in allen Ländern mit sogenannter liberaler Regelung ein Anstieg der assistierten Suizide vor allem bei den alten Menschen zeigt (siehe auch Interview auf Seite 40).

Die Suizidforschung untersucht neben dem Vorhandensein psychischer Erkrankungen eine Reihe weiterer Einflussgrössen, etwa die Persönlichkeit, (frühe) traumatische Lebenserfahrungen, familiäre Belastungen und biologische Faktoren. Darüber wissen wir bei den assistierten Suiziden so gut wie nichts. Dies ist eine dringend zu schliessende Forschungslücke. Es bleibt also – mangels Daten – viel Spekulation, ob und wie weit bei assistierten Suiziden von freiem Willen gesprochen werden kann. Auch wissen wir nicht, ob und wie viele Menschen in Anbetracht der Möglichkeit zum assistierten Suizid von einem (sozusagen natürlichen) Suizid absehen.

Vor allem drei Problemfelder werden öffentlich diskutiert und auch in den bisherigen Stellungnahmen genannt: die Relativierung des Würdebegriffs, der Wunsch nach Autonomie und

**** Peter Bieri:** «Eine Art zu Leben. Über die Vielfalt menschlicher Würde», Hanser Verlag, 2013 (ISBN 978-3-596-19837-5).

Heinz Rügger: «Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen», Curaviva Schweiz, 2004 .



Selbstbestimmung und das Misstrauen gegenüber dem Sterben unter den Bedingungen der modernen Medizin.

Die Relativierung des Würdebegriffs

«Die Würde des Menschen ist unantastbar» hält beispielsweise die deutsche Verfassung, das Grundgesetz, in seiner normativen Kraft fest. Dieses Verständnis hat eine lange Tradition; schon Immanuel Kant formulierte es so. Auch gemäss Art. 7 der Schweizer Bundesverfassung hat der Staat die Würde des Menschen zu achten und zu schützen.

Viele schreiben es dem Neoliberalismus und der Ökonomisierung zu, dass der Würdebegriff wie auch andere immaterielle Werte heute oft relativiert und an bestimmte Bedingungen geknüpft werden, zum Beispiel an die Selbstbestimmung, Unabhängigkeit, Nützlichkeit. Viele verstehen etwa das Leben mit Demenz als einen «würdelosen Zustand». Um ein differenzierteres Verständnis von Würde bemühen sich beispielsweise die beiden Schweizer Autoren Heinz Rügger und Peter Bieri**.

Gefährlich wird es, wenn nicht mehr der einzelne Mensch, sondern die Gesellschaft die Würde definiert und zum Beispiel zum Konsens kommt, dass eine Demenz ein würdeloser Zustand oder der Aufenthalt in einem Pflegeheim an sich schon würdelos sei. Nicht nur für mich ist es nicht nachvollziehbar, warum

gerade der assistierte Suizid die Würde erhalten und sich damit von einem «würdelosen Weiterleben» positiv abheben soll.

Autonomie und Selbstbestimmung

Schaut man sich die mediale Diskussion zu diesem Thema an, so sind es genau diese Begriffe, «Autonomie» und «Selbstbestimmung», die weithin als Begründung für die Sterbehilfe herhalten. Den einen geht es um Selbstbestimmung bis zum Schluss und um die Vorstellung, dass es eine Würde ohne Selbstbestimmung nicht geben könne. Vielen scheint insbesondere die Vorstellung besonders grausig, der modernen Medizin auf einer Intensivstation ausgeliefert zu sein. Unter den Krankheitsbildern gilt sicher in erster Linie die Demenz als unerträglich. Beide Argumente führt auch Exit selbst ins Feld.

Die aktuelle Entwicklung findet in unserer Gesellschaft statt, die sich erstmals überhaupt einer Alterung in nie gekannter Grössenordnung zu stellen hat. Nicht alle sehen dies als Herausforderung, sondern haben Angst vor der «Überalterung» – meines Erachtens ein Unwort. «Unterkindering» scheint mir die angemessene und vor allem zutreffendere Alternative. Mittels Anti-Aging-Methoden jung bleiben und andere Tendenzen mehr führen zu einer Abwertung des Alters mit dem Ergebnis, dass alle alt werden wollen, aber niemand alt sein will. Dies ist nicht nur ein ethisches Dilemma.

Die mediale Darstellung

Während es Konsens gibt, dass über Suizid möglichst nicht berichtet werden sollte, um Nachahmungen zu verhindern, gibt es einen solchen Konsens beim assistierten Suizid nicht. Im Gegenteil: Es entsteht der Eindruck eines regelrechten Booms in der Häufigkeit der Berichterstattungen. Exit tritt zudem öffentlich (werbend) auf, zum Beispiel an der Basler Muttermesse (Muba). Welchen Effekt dies auf die Häufigkeit und auf den Anstieg assistierter Suizide hat, kann nur vermutet werden.

Die Rolle von Ärzten und Ärztinnen

Der hippokratische Eid verbietet Ärztinnen und Ärzten ein Engagement beim assistierten Suizid. Bisher ist klar, dass kein Arzt gezwungen werden kann, das todbringende Medikament zu verschreiben. Es ist keine ärztliche Aufgabe. Dennoch fordern viele Menschen, dass Ärzte ihnen helfen sollen, sich zu töten. Verschiedene Untersuchungen konnten zeigen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheitsberufen ein eher schlechtes Bild vom Alter haben, zumindest ein schlechteres als die gleich alte Bevölkerung in anderen Berufen. Als Grund wird diskutiert, dies sei die Folge ihrer beruflichen Erfahrungen mit Multimorbidität und Gebrechlichkeit. Gleichzeitig weisen zumindest Mediziner selbst, besonders Ärztinnen, eine deutlich höhere Suizidrate auf als die Allgemeinbevölkerung. Es muss also die Frage gestellt werden, ob Ärztinnen und Ärzte ohne eine entsprechende Sensibilisierung und Qualifikation gute Berater für alte Menschen sind, die sich den assistierten Suizid wünschen.

Neben der Verschreibung des todbringenden Medikaments beurteilen Ärzte auch die Urteilsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten. Immer noch ist es gang und gäbe, dass Ärzte, die den assistierten Suizid begleiten, vorher auch die Behandlung und die Einschätzung der Urteilsfähigkeit der Sterbewilligen vorgenommen haben. Wäre es nicht sinnvoll, hier immer eine

Trennung der Funktionen zu verlangen, wie es beispielsweise die FMH fordert?

Rechtliche Regelungen

Es ist erstaunlich, dass eine Angelegenheit um Leben und Tod nicht einer (wissenschaftlich begründeten) Qualitätskontrolle unterliegt. Es ist bedenkenswert, dass wir eine so wichtige und endgültige Handlung wie die Tötung privaten Organisationen überlassen, die öffentlich immer wieder

beteuern, wie sorgfältig sie vorgehen und wie gut ausgebildet ihre mittlerweile 32 Sterbebegleiter sind. Die Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin und zu anderen Berufen ist transparent und steht unter staatlicher Kontrolle. Ihre spätere Tätigkeit wird regelmässig evaluiert. Besonders schwierige Fragestellungen werden oft interdisziplinär erörtert. Für vieles gibt es eine Bewilligungs- oder Meldepflicht. Einige dieser bewährten Vorgehensweisen würden auch der Praxis der Sterbehilfe gut anstehen. Sowohl Wissenschaftler wie auch die WHO fordern eine Meldepflicht respektive die Einrichtung eines Registers für Suizide und assistierte Suizide. Es könnte also viel Aufklärung geleistet werden jenseits der Frage, ob man die Praxis des assistierten Suizid befürwortet oder ablehnt. ●

Suizid ist vor allem ein Thema für Männer, assistierter Suizid eines der alten Frauen.