



Der Moderator und seine Podiumsgäste (v. l. n. r.): Alan Niederer, Klaus Bally, Marion Schafroth, Gabriela Stoppe, Jacques de Haller, Johannes Fischer. Fotos: R.B.

Bericht von der Podiumsdiskussion der Schweizerischen Ärztezeitung vom 27. November 2012 in Basel

## Suizidhilfe – (k)eine ärztliche Aufgabe?

In den vergangenen Monaten veröffentlichte die Schweizerische Ärztezeitung mehrere Artikel, die sich zu den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften aus dem Jahr 2004 äusserten, wonach «die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit [ist], weil sie den Zielen der Medizin widerspricht». Darüber, ob diese Richtlinien noch zeitgemäss seien, fand Ende November bei einem SÄZ-Podium eine engagierte und differenzierte Debatte statt.

Anna Sax

Freitod, Selbsttötung, Selbstmord oder Suizid – die verschiedenen Benennungen machen deutlich, wie ambivalent wir dem Umstand gegenüberstehen, dass Menschen ihrem Leben manchmal freiwillig ein Ende setzen. Gleich zum Einstieg projiziert der Gesprächsleiter Alan Niederer, der zugleich NZZ-Wissenschaftsredaktor und Arzt ist, alle vier Begriffe auf die Leinwand. Und er präsentiert ein paar Zahlen dazu: 1360 Suizide zählte man in der Schweiz im Jahr 2007, das sind 2,2 Prozent aller Todesfälle. Im hohen Alter nimmt die Suizidrate rapide zu. Bei der organisierten Suizidhilfe geht die Statistik von ca. 400 Fällen pro Jahr aus. Sie betrifft vor allem ältere Menschen.

### Drei Voraussetzungen und ein Gewissensentscheid

In der Schweiz ist Suizid legal und auch die Beihilfe zum Suizid, sofern keine selbstsüchtigen Beweggründe dahinterstecken. Suizidhilfeorganisationen wie EXIT und Dignitas arbeiten mit Ärztinnen und Ärzten zusammen, die für schwerkranke, sterbewillige Patientinnen und Patienten nach eingehenden Gesprächen und Abklärungen ein Rezept ausstellen für das todbringende Medikament. Die 2004 erstell-

ten Richtlinien der SAMW sagen klar, dass Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit sei, während gleichzeitig der Patientenwillen zu respektieren sei. Damit steht der Arzt, die Ärztin vor einem Gewissensentscheid: Was wiegt schwerer, die ärztliche Pflicht zur Erhaltung des Lebens oder der Wunsch der Patientin, ihrem Leiden ein Ende zu bereiten? Die SAMW-Richtlinien entlasten den Arzt nicht von diesem Dilemma, nennen aber drei Voraussetzungen, die bei der Suizidhilfe erfüllt sein müssen: Die Patientin steht am Lebensende; alternative Möglichkeiten wurden erörtert und, soweit gewünscht, auch eingesetzt; die Patientin ist urteilsfähig, ihr Wunsch ist wohlerrungen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft.

Die Frage, ob Beihilfe zum Suizid eine ärztliche Aufgabe sei oder nicht, hat in der Schweizerischen Ärztezeitung in den letzten Monaten zu einer intensiven Debatte geführt, die nun anlässlich der SÄZ-Podiumsdiskussion fortgesetzt wird. In Ärztekreisen gibt es Stimmen, welche die Haltung der SAMW für nicht mehr zeitgemäss halten und dafür plädieren, die Richtlinien von 2004 zu überarbeiten. Für diese Position steht auf dem Podium vorab die Anästhesie-Ärztin Marion Schafroth, Vorstandsmitglied von

anna.sax[at]saez.ch

EXIT, die sich in einem SÄZ-Artikel dezidiert dafür aussprach, dass Suizidhilfe eine ethisch gerechtfertigte medizinische Handlung sei, und zwar auch «bei unheilbar chronischem schwerem Leiden oder schwerer Behinderung». Schafroth bekennt sich in ihrem einleitenden Votum zu den Werten der Aufklärung und Eigenverantwortung, für die sie «als Mensch, Ärztin und gesellschaftlich engagierte Frau» eintritt. Sie kümmere sich seit sechs Jahren bei EXIT um Menschen, die einen Sterbewunsch hätten, bisher etwa 100, und sie respektiere ihr Recht auf Selbstbestimmung. Sie klagt an: «Ärzte sind die natürlichen Bezugspersonen kranker Menschen. Die Sterbewilligen fühlen sich im Stich gelassen, wenn sie von ihnen keine Unterstützung erhalten.»

#### **Suizidhilfe als Ausnahmesituation**

Auf der gegenüberliegenden Seite des Podiums nimmt der Theologe Prof. Johannes Fischer Platz. Er hatte als ehemaliges Mitglied der Zentralen Ethikkommission die SAMW-Richtlinien mitentworfen. In einer Reaktion auf Schafroths Artikel thematisierte er in der SÄZ die Grundhaltung des ärztlichen Berufs, die dem Leben verpflichtet sei. Für ihn handelt es sich bei der Suizidhilfe um einen «Grenzfall der ärztlichen Fürsorge, der auf keinen Fall zur Pflicht erhoben werden darf». Zur Illustration seiner ablehnenden Haltung gegenüber Suizidhilfe als ärztlicher Tätigkeit beschreibt Fischer das Beispiel des Frankfurter Polizeivizepräsidenten, der einem Kindesentführer mit Folter drohte, falls er den Aufenthaltsort des Kindes nicht verrate. «Die Aufgabe des Polizisten ist es nicht, mit Folter zu drohen, sondern vor Folter zu schützen – er hat also etwas gemacht, was seinem Beruf widerspricht.» Der Polizist sei vor einem Dilemma gestanden, so Fischer weiter, doch es habe sich um eine absolute Ausnahmesituation gehandelt. «Würde die Folter ins Recht aufgenommen, wäre das katastrophal.» Ebenso wenig dürfe Suizidhilfe zum Normalfall werden, schliesst er sein Votum, etwa indem Organisationen diese als Dienstleistungsangebot führten.

### «Die Sterbewilligen fühlen sich im Stich gelassen, wenn sie von Ärzten keine Unterstützung erhalten.» (M. Schafroth)

Eher kritisch gegenüber eine Lockerung der SAMW-Richtlinien äussert sich auch die Psychiaterin Prof. Gabriela Stoppe. Als Leiterin der AG Mental Health und ältere Bevölkerung von Swiss Public Health setzt sie sich – unter anderem auch als Autorin in der SÄZ – seit langem dafür ein, dass der psychischen Gesundheit im Alter mehr Aufmerksamkeit zuteil wird. Stoppe hat lange Zeit auch in der Neurologie, Neurochirurgie und im Konsildienst gearbeitet und viel mit schwerkranken Menschen zu

### «Suizidhilfe ist ein Grenzfall der ärztlichen Fürsorge, der auf keinen Fall zur Pflicht erhoben werden darf.» (J. Fischer)

tun gehabt. Sie sei aber nie gefragt worden, ob sie bei einem Suizid helfen wolle, hält sie fest. «Nun, da der Wunsch häufiger geäussert wird, sollten wir dringend darüber diskutieren, wie wir uns gegenüber dieser Frage verhalten: Hilfe beim Sterben ist eine zutiefst ärztliche Aufgabe, Suizidhilfe aber nicht.» Für Stoppe ist das ein wichtiger Unterschied. Sie bedauert, dass der Tod so sehr aus der Gesellschaft verbannt sei, dass viele glaubten, ein würdevoller Tod sei nur mit einem assistierten Suizid möglich. «Wenn jemand Suizidhilfe von mir wollte», so Stoppe, «würde ich zuerst fragen, wie er sich vorstellt, dass er sonst sterben würde.» Sie wünscht sich, dass mit mindestens so viel Energie wie über Suizidhilfe über die Frage diskutiert wird, was zum Suizidwunsch führt.

#### **Beschränkung auf das Lebensende als kritischer Punkt**

Jacques de Haller, der auf dem Podium sowohl die Optik der Standesorganisation FMH wie auch jene des Hausarztes vertritt, der er 20 Jahre lang war, ist mit Stoppes Unterscheidung zwischen Hilfe beim Sterben und Suizidhilfe einverstanden. «Das Sterben ist ein berührendes Thema», beginnt de Haller, «Palliative Care war meine erste ärztliche Leidenschaft.» Doch gebe es in der Schweiz auch das Recht auf Suizidhilfe, und die Ärztinnen dürften ihre beruflichen Kenntnisse auch in diesem Bereich anwenden. De Haller glaubt nicht, dass die SAMW-Richtlinien grundsätzlich veraltet seien, aber er hält das Kriterium für kritisch, wonach der sterbewillige Patient am Lebensende stehen muss. Manchmal gelte es auch, einen gewaltsamen Suizid zu verhindern: «Sterbehilfe betrifft nicht nur die Sterbewilligen selbst, sondern auch deren Familien und Umfeld. Ein gewalttätiger Suizid ist viel zerstörerischer und für die Angehörigen traumatisch.»

Auf Nachfrage des Gesprächsleiters wird klar, dass die Beschränkung auf das Lebensende der Punkt ist, der die Befürworterinnen der Suizidbeihilfe am meisten stört. Für Schafroth ist es nicht tragbar, dass alte, polymorbide Menschen durch die Richtlinien fallen, wenn sie noch nicht am Lebensende stehen. Und auch de Haller will, dass unheilbar kranken oder behinderten Menschen geholfen werden kann, wenn sie genau wissen, dass sie sterben wollen.

Niederer ist noch nicht zufrieden, er will es genauer wissen: «Werden Sie konkreter», fordert er insbesondere Schafroth auf: «Wo sind heute die





Das zahlreich erschienene Publikum diskutierte im BaZ CityForum engagiert mit.

wunden Punkte, und wie sieht eine gute Regelung aus?» Hier stellt sich heraus, dass für sie und andere ärztliche Suizidhelfer das «Anrühige» ein Problem ist, das einem assistierten Suizid noch immer anhaftet. Juristisch gesehen handelt es sich um einen «aussergewöhnlichen Todesfall», also rückt die Polizei an und es kommt ein Gerichtsmediziner. Das sei für alle Beteiligten eine Belastung, so Schafroth, und für die Ärzte brauche die Hilfeleistung zum Suizid unter diesen Umständen umso mehr Überwindung.

### «Hilfe beim Sterben ist eine zutiefst ärztliche Aufgabe, Suizidhilfe aber nicht.» (G. Stoppe)

#### Gesprächskompetenz verbessern

An diesem Punkt schaltet sich Klaus Bally ein, Hausarzt seit 26 Jahren und Lehrbeauftragter am Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel. Nein, das Problem sei nicht, dass die Begleitumstände eines assistierten Suizids Hausärzte davon abhielten, Suizidhilfe zu leisten, widerspricht er. «Es kommt oft vor, dass wir Wohnungen gemeinsam mit der Polizei betreten.» Ihm geht es um das Berufsethos als Arzt: «Ärzte sind im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, etwa Juristen/-innen, zurückhaltender in dieser Frage.» Als Hausarzt, der seine Patientinnen manchmal über viele Monate und Jahre begleite, habe er die Erfahrung gemacht, dass ein Sterbewunsch entstehen und auch wieder verschwinden könne. Es sei

also wichtig, die Frage vor dem Langzeithintergrund zu betrachten und nicht in einer Momentaufnahme. Bally bringt die Gesprächskompetenz der Ärzte ins Spiel: «Es braucht Aus- und Weiterbildung in Gesprächsführung mit Patienten, die einen Suizidwunsch haben. Viele von ihnen können von ihrem Wunsch abgebracht und von der Palliativmedizin überzeugt werden», ist er sicher. Auch er selbst, räumt Bally ein, sei noch dabei, seine Gesprächskompetenz zu verbessern. Für gewisse Krankheitsbilder wie schwere langdauernde psychische und neurodegenerative Erkrankungen, bei denen das Lebensende nicht absehbar sei, würden die aktuellen Richtlinien keine schlüssige Antwort geben. Deswegen müssten die SAMW-Richtlinien erweitert werden, um die Hausärzte auch in diesen schwierigen Situationen zu unterstützen.

Ob es für die Suizidbeihilfe überhaupt Ärzte brauche, fragt nun Niederer in die Runde: «Sind sie wirklich Experten für den freiwilligen Tod?»

«Nein», antwortet Schafroth, «aber wir haben Zugang zu den Medikamenten.» Die Urteilsfähigkeit könnte auch juristisch festgestellt werden, so Schafroth, und dann könnte eine staatliche Stelle das Medikament verschreiben. «Aber es ist normal, dass Gespräche über das Sterben zwischen Ärztin und Patientin stattfinden.» Auch de Haller stimmt zu, dass nicht unbedingt ein Arzt feststellen müsse, ob jemand urteilsfähig sei. «Entscheidend ist, dass dies auf wissenschaftlicher Basis geschieht. Und auf keinen Fall darf es der gleiche Arzt sein, der die Urteilsfähigkeit feststellt und das Medikament verschreibt.» Fischer beschäftigt etwas anderes: «Was wird aus

dem ärztlichen Beruf, wenn es für den Arzt gar keinen Konflikt mehr bedeutet, wenn ein Patient einen Suizidwunsch äussert und alle Voraussetzungen gemäss SAMW-Richtlinien erfüllt sind? Ist es ein Grenzfall ärztlicher Fürsorge, oder gehört es genauso zur ärztlichen Tätigkeit wie irgendeine Therapie?» Wenn Letzteres zur Grundeinstellung der Ärztinnen werde, so Fischer, dann sei das ein Problem. Die erste Aufgabe des Arztes bleibe die Verhinderung eines Suizids. Das schliesse nicht aus, dass ein Arzt doch einmal Hilfe bei einem Suizid leisten müsse, doch: «Das muss die absolute Ausnahme bleiben.»

---

### «Ein gewalttätiger Suizid ist viel zerstörerischer und für die Angehörigen traumatisch.» (J. de Haller)

---

#### **EXIT als Suizidpräventions-Organisation?**

Es folgt eine engagierte Diskussion über die Rolle der Ärztinnen und Ärzte, über Möglichkeiten des Missbrauchs und über den ökonomischen Druck, dem auch die Ärzteschaft zunehmend ausgesetzt ist. Die Diskussionsteilnehmenden sind sich darüber einig, dass es Grenzsituationen gibt und dass die Ärztinnen mit ihren Entscheidungen möglichst nicht alleingelassen werden sollten. Einigkeit besteht auch darüber, dass es Aufgabe des Arztes sei, die Patienten durchs Leben zu begleiten und auch den Tod zuzulassen. Zur Sprache kommt auch Suizidprävention, ein Thema, das vor allem Stoppe mehrmals aufs Tapet bringt: Gerade bei älteren Menschen gebe es inzwischen fast so viele assistierte wie nicht assistierte Suizide – mit anderen Worten, ein Teil der Suizide wandere zu Organisationen wie EXIT und Dignitas. «Das könnte doch eine Chance sein für Gespräche», regt Stoppe an. «Organisierte Suizidhilfe könnte zugleich ein Ort sein, wo Suizidprävention stattfindet.»

---

### «Viele Patienten können von ihrem Sterbewunsch abgebracht und von der Palliativmedizin überzeugt werden.» (K. Bally)

---

Bally, der es in seinen 26 Jahren als Hausarzt lediglich drei Mal erlebt hat, dass sich ein von ihm betreuter Patient für einen assistierten Suizid mit Unterstützung einer Sterbehilfeorganisation entschlossen und diesen auch durchgeführt hat, fordert die Hausärzte auf, sich nicht aus der Affäre zu ziehen, wenn

das Gespräch auf Suizidhilfe kommt, sondern ihren Patienten so lange wie möglich beizustehen. «Manche Patientinnen kommen in gesunden Tagen mit dem EXIT-Ausweis in die Praxis. Es ist gut, wenn man diesen Ball aufgreift und frühzeitig darüber spricht.»

Die anschliessenden Voten aus dem Publikum unterstützen mehrheitlich eine liberale Haltung zum assistierten Suizid, wobei zum Teil kritische Stimmen zu den Sterbehilfeorganisationen EXIT und Dignitas laut werden. Eine Internistin und Psychotherapeutin hebt jedoch die Leistungen von EXIT in der Suizidprävention heraus: «Keine Organisation hat so viel für die Palliativmedizin gemacht wie EXIT», versichert sie. Ein weiterer Aspekt kommt in der Publikumsdiskussion zur Sprache: In der Schweiz gibt es jährlich 400 begleitete Suizide, «mehr als ein Mensch pro Tag verlässt die Welt mit Hilfe eines Schweizer Arztes», wie sich ein Anästhesist ausdrückt. Doch laut Umfragen sind nur 10 Prozent der Ärzte bereit, ein Rezept auszustellen. Das heisst, so vermutet Fischer, dass es faktisch zu einer Arbeitsteilung kommt zwischen Hausärztinnen und Sterbeorganisationen: Die Ärzte können an ihrem Ethos festhalten und bei ihren Patienten bleiben, bis diese zu einer Suizidhilfeorganisation gehen.

Viele weitere Wortmeldungen müssen unberücksichtigt bleiben, weil die Zeit abgelaufen ist. Es ist deutlich geworden, dass das Thema die vielen anwesenden Ärztinnen und Ärzte und auch die wenigen Nicht-Ärzte berührt. Obwohl die Frage, ob Beihilfe zum Suizid eine ärztliche Aufgabe sei oder nicht, kontrovers bleibt, ist zu spüren, dass niemand einen geäusserten Sterbewunsch auf die leichte Schulter nimmt: Die Gratwanderung zwischen der Respektierung der Patientenautonomie und der Pflicht zur Erhaltung des Lebens bleibt schwierig, unabhängig von den SAMW-Richtlinien, deren Beibehaltung in einer Konsultativabstimmung vom Publikum etwa zur Hälfte befürwortet wird. Die andere Hälfte würde es begrüessen, wenn die SAMW einen Schritt weitergehen und die strengen Kriterien etwas lockern würde.

Unter dem Strich bleibt der Eindruck einer engagierten und fairen Diskussion, bei der sich die Teilnehmenden gegenseitig zugehört haben. Vom Podium und auch aus dem Publikum sind interessante Impulse zum Weiterdenken gekommen.