



Bioethica Forum

No. 43 Dezember/décembre 2004

EDITORIAL

Beihilfe zum Suizid – eine ärztliche Tätigkeit?

Die Frage, was zu einem menschenwürdigen Sterben beigetragen werden kann, wird heute auf dreifache Weise beantwortet: Neben der Etablierung der palliativen Betreuung wird ein vernünftiger Umgang mit den zunehmend zur Verfügung stehenden medizinischen Mitteln und darüber hinaus die Anerkennung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid und/oder der aktiven Sterbehilfe gefordert. Dabei bringt die dritte Forderung die schwierigsten Probleme mit sich, insofern es um die absichtliche Beendigung menschlichen Lebens geht. Nachdem die Debatten um eine strafrechtliche Neuregelung der Tötung auf Verlangen mit dem Nationalratsentscheid von 2001 vorläufig abgeklungen sind, konzentrieren sich die öffentlichen Auseinandersetzungen auf die Regelung der Beihilfe zum Suizid.

Eine Frage zieht sich wie ein roter Faden durch die Debatten: Welche Rolle sollen die Ärztinnen und Ärzte bei der Beihilfe zum Suizid übernehmen? Eine Antwort hat kürzlich die SAMW mit den *Medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* vorgelegt (vgl. www.samw.ch): Hier wird zunächst festgehalten, die Beihilfe zum Suizid sei nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, die Rolle des Arztes bestehe bei Patienten am Lebensende vielmehr darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Trotzdem könne am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben. In dieser Grenzsituation könne für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen, der eine persönliche Gewissensentscheidung erfordere.

Diese neuen Richtlinien nahm die SGBE zum Anlass, eine Podiumsdiskussion zum Thema durchzuführen. Stellungnahmen dieser Veranstaltung aus rechtlicher, ethischer, ärztlicher und pflegerischer Sicht sind in dieser Ausgabe von Bioethica Forum nachzulesen, ebenso ein Kommentar des Präsidenten der Zentralen Ethikkommission der SAMW. Auch die Nationale Ethikkommission hat sich im September mit Thesen in die Diskussion eingeschaltet, welche von ihrem Präsidenten in einem weiteren Beitrag erläutert werden.

Die Debatten sind eröffnet. Die SGBE möchte ein Forum bieten, um die Fragen kontrovers und vertieft zu diskutieren. Angesichts dessen, dass bereits konkrete Gesetzesprojekte zur Regelung der Beihilfe zum Suizid vorbereitet werden, ist eine möglichst breit geführte öffentliche Debatte über die ethischen Grundlagen der Beihilfe zum Suizid sehr zu wünschen.

Markus Zimmermann-Acklin, Luzern
Vizepräsident SGBE

Inhalt

Editorial	1
L'aide au suicide: quelques considérations éthiques dans le contexte suisse	2
L'assistance au suicide dans les directives de l'ASSM	4
Beihilfe zum Suizid – eine ärztliche Tätigkeit?	6
Beihilfe zum Suizid – eine ärztliche Tätigkeit?	7
Was es heisst, Suizidwilligen zu helfen. Die NEK sucht Kriterien für die Suizidbeihilfe	9
Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin 2004	13
Agenda, Impressum	16

L'aide au suicide : quelques considérations éthiques dans le contexte suisse

*Alberto Bondolfi**

Le thème de l'aide au suicide occupe l'attention de l'opinion publique suisse depuis quelques années. Cette attention accrue est due au fait que des organisations philo-euthanasiques ont utilisé l'espace de liberté prévu par le Code pénal suisse pour proposer une aide au suicide aux personnes qui le leur demandaient et qui satisfaisaient aux conditions que ces mêmes organisations posaient.

Mais quel est ce cadre juridique dont il est question ici ? L'article 115 du Code pénal suisse remonte aux années quarante du XXe siècle et n'a jamais été modifié depuis lors. Il prévoit une peine de prison pour les personnes qui auraient aidé d'autres à s'ôter la vie à partir de motifs égoïstes. Ces derniers ont été jusqu'à ce jour interprétés comme des motifs pécuniaires. La libéralité qui émane de cette réglementation pénale est tout à fait indirecte : vu que l'Etat se limite à punir l'aide au suicide « égoïste », toutes les autres formes d'aide au suicide ne sont pas punissables. Cette disposition pénale est tout à fait générique. En effet, dans cet article 115, il n'est nulle part question de mourants, ni de médecins. Le contexte médical en est complètement exclu et l'on ne reconnaît pas dans ce texte juridique une intention explicite de vouloir régler les problèmes de fin de vie. C'est la pratique des organisations citées précédemment qui a engendré l'interprétation de ce texte dans un sens d'une contribution spécifique de la Suisse au problème de l'euthanasie.

De fait, le contexte historique qui est à l'origine de cette disposition pénale est tout à fait différent. À la base de l'article 115, il y avait des codes

pénaux cantonaux qui prévoyaient la même non-punissabilité. D'autres cantons se limitaient à punir l'incitation au suicide en la distinguant de l'aide au suicide. Enfin, quelques cantons punissaient l'aide au suicide. Le texte fédéral a constitué un compromis entre ces différentes réglementations cantonales qui remontaient au XIXe siècle. Les suicides envisagés par ces différents législateurs étaient essentiellement les suicides dits « romantiques » (déceptions amoureuses, perte de l'honneur ou du patrimoine).

Ce n'est qu'à partir des dernières décennies du siècle dernier que l'article 115 a été utilisé sciemment pour aider des patients à un stade terminal et qui ne voyaient pas d'autres issues raisonnables à leur situation que le suicide.

Est-ce que ce changement de contexte a changé la nature de cette disposition légale ? Personnellement, je suis d'avis que cela n'est pas le cas. En revanche, d'autres questions restent ouvertes. La première touche à la distinction entre « justification » et « excuse » en droit pénal. Que voulait le législateur ? Excuser ou justifier l'aide au suicide ? La réponse n'est pas évidente et les conséquences concrètes d'une éventuelle réponse sont encore moins claires.

Au moins sur un point, peut-on être plus affirmatif. Quelques représentants des associations qui pratiquent l'aide au suicide semblent parfois suggérer que notre législation prévoit une sorte de « droit au suicide ». Ainsi, il est souvent question de discrimination lorsque la possibilité d'exercer cette aide au suicide est entravée par des obstacles de nature organisationnelle. Il y a des lieux de retraite pour personnes âgées ou des milieux hospitaliers qui ne permettent pas à ces mêmes organisations d'exercer ouvertement une aide au suicide. La réaction fait souvent état de la présence d'une discrimination arbitraire. Mais une telle protestation a-t-elle une base solide ? Je ne le pense pas, car le texte du code pénal se limite à poser les conditions de non-punissabilité de cet acte sans rien mentionner sur son éventuelle exigibilité.

Malheureusement, ce manque de distinction entre le fait que l'Etat renonce à punir sans pour autant statuer un droit marque tout le débat de ces dernières années et demande une interprétation autorisée qui éclaire définitivement ce nœud.

* Théologien et éthicien, professeur d'éthique au Centre Lémanique d'Éthique de l'Université de Lausanne depuis 2002. Premier président de la SSEB. Il était membre du Groupe de travail „Assistance au décès“ du Département fédéral de justice et police (1997–99) et est membre de la Commission nationale d'éthique (CNE).

L'article 115 qui détermine les conditions de non-punissabilité de l'aide au suicide se trouve tout de suite après l'article 114 qui prévoit une peine de prison pour ceux et celles qui auront tué une personne sur sa demande pressante et répétée et notamment pour des motifs de compassion. Cet article a le mérite d'être plus clair que l'article 115, car il prévoit une peine pour un comportement précis. Si dans l'article 115 il était question d'un manque de motivation financière et on laissait ainsi ouvert tout autre type de motivations, dans le cas de l'article 114, il est ouvertement question du motif de compassion comme seul motif explicite apte à distinguer cet acte d'un simple meurtre. Reste quand même ouverte la question suivante : cette disposition spécifique est-elle due au fait que l'homicide se pratique sur la demande de la victime ou bien est-ce la compassion qui distingue cet acte des autres formes de meurtres ? Je laisse la réponse aux juristes tout en étant conscient en tant qu'éthicien que la réponse est importante pour juger de l'ensemble de ces deux articles.

En effet, le groupe d'experts du département fédéral de justice et police avait proposé, il y a quelques années, une nouvelle formulation de l'article 114 en le considérant dans une perspective plus proche de celle de l'article 115. En effet, si quelqu'un aide une autre personne à s'ôter la vie, c'est parce qu'il pense, à tort ou à raison, que l'acte suicidaire est désiré par la personne concernée et qu'il constitue pour cette dernière le meilleur de ses choix possibles. Lorsqu'une personne passe directement à l'acte de tuer une autre personne sur sa demande explicite et réitérée, il pose fondamentalement le même type de jugement. Sur le plan d'une description empirique du geste et encore davantage sur le plan du vécu psychologique il y a des différences de poids. Mais sur le fond, le jugement devrait être le même.

Au-delà de cette problématique fort complexe et que j'ai ici sciemment simplifiée, j'aimerais attirer l'attention du lecteur sur le fait que l'article 114 n'a pas non plus de caractère médical. Nulle part il n'est question de mourants ou de médecins.

Quelles conséquences faut-il tirer de toutes ces observations ? On peut relever le fait que l'unique tentative de réviser ces deux articles de la part du groupe d'experts du département susmentionné visait à une sorte de médicalisation plus ou moins

cachée de ces mêmes dispositions. Dans sa nouvelle version, l'article 114 parlait de patients proche du décès et plaçait un éventuel homicide sur demande dans un contexte médical. Le Conseil fédéral n'a pas accepté ces propositions et ne les a pas transmises au Parlement. Mais à l'intérieur des chambres fédérales, d'autres propositions se sont aussi manifestées (initiative Cavalli et Vallender) qui tendait même, avec des intentions contraires, à médicaliser toute la problématique.

Que faut-il penser d'un tel développement ? Tout en ayant défendu il y a quelques années les propositions de la majorité du groupe d'experts, je suis arrivé aujourd'hui à la conviction que le cadre du Code pénal est trop étroit pour pouvoir appréhender et régler l'ensemble des problèmes qui peuvent se poser en fin de vie. Seul l'instrument plus différencier d'une loi *ad hoc* est à même d'accomplir cette tâche en balançant les valeurs et les normes en jeu. Malheureusement, actuellement il n'existe pas encore une volonté politique suffisante ni dans le pouvoir législatif, ni dans le pouvoir exécutif pour faire démarrer un tel processus qui de toute façon devrait nous occuper au moins pendant une décennie.

En guise de conclusion provisoire, je propose quelques considérations à caractère éthique sur l'aide au suicide. Cette dernière a été considérée par une grande partie de la population suisse comme moralement « indifférent » justement parce que cette même population pensait que le suicide en lui-même n'était pas moralement condamnable. Il apparaît donc qu'une grande partie de l'opinion publique s'est ralliée à la position de la philosophie des lumières qui ne condamnait plus les actes suicidaires. Tout en ayant une sympathie de fond pour cette position, je ne considère pas clôt le débat de fond autour de la moralité du suicide. Ce débat peut bien s'étendre encore sur quelques siècles...

L'Etat, de son côté, ne peut pas attendre que ce débat s'achève, et doit trouver une position médiane qui remporte un large consensus. D'une part, il essaie de prévenir les suicides causés par la détresse par des mesures de médecine sociale préventive et d'autre part, il n'empêche pas par la force le candidat au suicide à renoncer à son intention. Ce même Etat ne statue pas sur le « droit au suicide », mais se limite à prévoir la non-punissabilité d'une éventuelle collaboration altruiste.

Très probablement l'acte suicidaire est à considérer comme a-éthique, c'est-à-dire au-delà du bien et du mal au sens strict du terme. La signification de l'acte suicidaire appartient de façon presque exclusive à celui qui agit ainsi et il me paraît normal que le Code pénal s'abstienne de punir les personnes qui le faciliteraient.

Mais sur le plan strictement éthique, des questions restent ouvertes : le suicide est un acte éminemment individuel, mais sa réalisation touche aux sentiments de beaucoup de monde. Tous ceux et celles qui s'opposent à ce geste ne peuvent évidemment pas exiger un droit à empêcher un suicide et en demander le respect aux pouvoirs publics. Le suicide reste en somme une tragédie qui ne peut pas être appréhendé par l'instrument du droit.

Les phases finales de la vie humaine, au contraire, peuvent et doivent aussi être réglées par l'instrument juridique. Mais ce dernier doit être à la hauteur de la complexité du défi et ne pas se limiter à cataloguer les actes permis et interdits. Cela serait la tâche d'une loi spécifique, tâche qui attend notre attention et notre engagement dans les années à venir.

L'assistance au suicide dans les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales

Michel Vallotton *

Plusieurs arguments ont plaidé pour une révision des directives médico-éthiques de l'Académie sur *l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes*.

Le premier étant qu'elles englobaient deux situations qui ne posent pas les mêmes problèmes. D'une part, les patients souffrant de troubles cérébraux extrêmes ne sont pas en fin de vie, leur état pouvant se prolonger sur de longues périodes sans qu'il soit possible de supputer quand la mort surviendra (le plus souvent d'une maladie intercurrente). D'autre part, la majorité des patients en fin de vie, dont il est question, disposent de leurs facultés cognitives et sont capables de communication avec leur entourage et se faisant d'exprimer leur volonté, ce que ne peuvent les patients atteints de troubles cérébraux extrêmes. Il fut donc décidé d'édicter des directives distinctes pour ces deux classes de patients. Les directives médico-éthiques pour *le traitement et la prise en charge de patients souffrant de troubles cérébraux extrêmes de longue durée* ont été publiées dans leur forme finale après approbation du Sénat en 2003. Le projet de directives médico-éthiques pour *la prise en charge des patients en fin de vie* a été publiée le 4 février 2004 et soumis à consultation.

Le deuxième argument en faveur d'une révision touchait particulièrement les patients en fin de vie. Depuis 1995, date de la publication des dernières directives, la prolongation de la vie des patients atteints de cancer, d'autres maladies débilitantes, invalidantes et/ou douloureuses les amènent à un stade extrême (et aussi souvent un âge avancé)

* Professeur de la Faculté de médecine de l'Université de Genève, ancien médecin-chef de la division d'endocrinologie et diabétologie, actuellement président de la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM et membre du comité de direction de la SSEB ainsi que de diverses institutions nationales et internationales. Les directives mentionnées sont disponibles sur le site internet de l'Académie, www.assm.ch.

stade pour lequel la médecine curative ne peut plus rien pour eux. Parallèlement, la médecine et les soins palliatifs ont fait de grands progrès, se sont diversifiés, ont gagné en reconnaissance, mais aussi ne sont pas encore suffisamment disponibles partout et pour tous comme une approche complémentaire à la médecine curative et à mettre précocement en pratique. Trop souvent ils étaient considérés comme une activité de dernier ressort après que la médecine curative ait atteint ses limites. D'où la nécessité d'insister davantage sur la nécessité de fournir les soins palliatifs très tôt et de réfléchir à la justification de maintenir ou non des mesures de maintien de la vie.

Finale­ment (et c'est le sujet de ce numéro du Bioethica Forum), il fallait bien faire le constat que malgré la phrase lapidaire « L'assistance au suicide n'est pas une activité médicale », les risques d'abus que voulaient éviter les auteurs se sont bel et bien concrétiser, comme en témoigne le développement des activités d'organisations telles que *EXIT* et *Dignitas* durant cette dernière décennie. Le problème de l'assistance médicale au suicide a, en conséquence, été au centre des débats de la sous-commission ad hoc comme de la Commission centrale d'éthique de l'Académie dans lesquelles toutes les opinions en la matière étaient représentées.

Le suicide pose des problèmes éthiques à au moins trois niveaux : 1. le suicide en tant que tel : l'être humain a-t-il le droit de mettre fin à ses jours ? 2. l'assistance au suicide est-elle justifiable moralement même si elle n'est pas condamnable pénalement pour autant qu'elle ne réponde pas à des motifs égoïstes ? 3. l'assistance au suicide exercée par un médecin pose-t-elle un problème éthique sui generis ?

Sans reprendre ici tous les arguments avancés dans le débat très sérieux et approfondi entre toutes les positions tenues par les membres, il faut souligner les lignes de force qui ont conduit aux formulations du texte des directives qui ont reçu l'aval de tous. Volontairement, aucune prise de position éthique n'a été jugée justifiable quant au suicide ou l'assistance au suicide en soi, car ces thèmes relèvent d'un débat au sein de la Société tout entière et non de celui d'une Académie des Sciences médicales. Conscients qu'à travers toutes les classes d'âge et des pathologies, les médecins

ont avant tout un devoir de prévention du suicide, les directives restreignent clairement et strictement leurs considérations aux patients en fin de vie, à savoir ceux et celles pour lequel(le)s le médecin « en se fondant sur des signes cliniques, a acquis la conviction que s'est installé un processus dont on sait par expérience qu'il entraîne la mort en l'espace de quelques jours ou de quelques semaines ». Ainsi sont exclus tous les patient(e)s même atteints d'affections fatales à plus ou moins long terme, d'affections psychiatriques ou d'handicaps sévères, mais qui ne sont pas à l'article de la mort. Le devoir du médecin « est d'utiliser ses compétences médicales dans le but de soigner, soulager et accompagner son patient ». Or, précisément, dans ce dernier devoir, le médecin peut être confronté au désir persistant du patient de mettre fin à ses jours en raison de douleurs intolérables pour lui malgré les soins palliatifs, de déchéance physique insupportable. Il est alors en droit de se demander, en raison de ce devoir d'accompagnement de son patient avec toute l'empathie qu'il implique, ainsi que du respect de la volonté clairement exprimée de façon réitérée et sans pression extérieure, s'il ne fait pas un devoir humain en lui prêtant aide au suicide. L'Académie considère qu'une telle décision, en toute conscience morale et personnelle d'un médecin et dans certains cas particuliers, doit être respectée mais avec des exigences minimales qui relèvent des compétences particulières du médecin qui sont clairement indiquées. Ce faisant, l'Académie insiste à nouveau en réitérant que « l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale » en ce sens qu'elle n'est ni exigible (il ne saurait y avoir de droit au suicide), ni tarifable (ce qui pourrait être un motif égoïste). De manière à ne pas décevoir son patient, le médecin confronté à une demande d'assistance au suicide « doit exprimer clairement sa morale personnelle » et donc son attitude face à l'assistance au suicide.

Par ces formulations faisant clairement appel à la conscience et à la responsabilité individuelle du médecin, l'Académie admet certes respecter la décision d'un médecin d'assister au suicide d'un patient mais dans un champ restreint (fin de vie) et des conditions très strictes. Du même coup, implicitement, elle rejette catégoriquement toute aide au suicide par un médecin dans d'autres circonstances.

Beihilfe zum Suizid – eine ärztliche Tätigkeit?

*Regula Schmitt-Mannhart**

Die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten besteht darin, menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu behandeln, Leiden zu lindern und Sterbenden beizustehen. Grundsätzlich ist also Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe, denn sie widerspricht den ärztlichen Zielsetzungen, dem Standesethos.

Es ist für mich als Ärztin nur *eine* Situation denkbar, in welcher dieser Grundsatz in Frage gestellt werden könnte, nämlich dann, wenn ein Mensch unerträglich leidet (wobei diesem Leiden nicht immer körperlicher Schmerz zugrunde liegen muss), es keinen andern Ausweg gibt, dieses Leiden zu lindern, als die aktive Lebensbeendigung, und dieser Mensch seine Ärztin autonom darum bittet. Es entsteht dann ein ethisches Dilemma für die Ärztin: Soll sie menschliches Leben schützen oder Leiden lindern? Soll sie „Gutes tun“, indem sie die Autonomie respektiert und Leiden bis zur extremen Grenzüberschreitung lindert, oder soll sie „Gutes tun“, indem sie Leben schützt, dem Patienten nicht schadet?

In dieser Situation ist zuerst zu fragen, ob es sich um ein echtes oder nur um ein scheinbares ethisches Dilemma handelt. Liegen nicht diagnostizierte oder ungenügend behandelte Krankheiten vor, womöglich eine Depression? Sind schwierige Lebensumstände vorhanden? Wurden wichtige Lebensbedürfnisse vernachlässigt? Ist der Wunsch schwankend? Besteht ein Druck von aussen? All diese Faktoren zu bedenken und zu behandeln, ist für die kompetent handelnde Ärztin zwingend und verbessert die Autonomiefähigkeit des Patienten.

Wenn all diese Faktoren ausgeschlossen wurden und tatsächlich ein ethisches Dilemma vorliegt, spielt ein weiterer Aspekt eine Rolle, nämlich die Beziehungskraft zwischen Ärztin und Patient, das Vertrauensverhältnis, „die Haltung der Sorge für

den Andern, vom Anspruch des Andern her“ (Klaus Dörner). Nur in diesem gewachsenen Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patient kann die Ärztin einen Entscheid verantwortlich fällen. Sie wird kommunizieren, wird sich Zeit nehmen, wird die Beziehung zum Patienten wachsen lassen, um besser zu begreifen, wie sie die weitere Behandlung gestalten, wie sie Leiden lindern kann. In dieser Haltung wird sie spüren, dass Leben Entwicklung ist, denn auch der Zustand ausweglos scheinenden Leidens kann sich ändern. Wegen dieser Haltung scheint es mir ausschliesslich bei dem Patienten, der unmittelbar am Lebensende steht, denkbar und begründbar, dass sich die Ärztin in der Sorge für den Andern vom Andern her verantwortlich für die Beihilfe entscheiden kann, vielleicht sogar muss.

Versuche ich mir vorzustellen, wie ich selber in dieser zuletzt beschriebenen Situation handeln würde, die ich auf diese Weise (mit allen gestellten Bedingungen) selber nie erlebt habe, so weiss ich keine eindeutige Antwort. Ich vermute, dass ich keine Beihilfe leisten könnte, aber die medikamentösen Möglichkeiten (Schmerzmittel) nach den Regeln der ärztlichen Kunst voll ausschöpfen würde.

Wird mit den vorliegenden Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Patienten am Lebensende die persönliche Gewissensentscheidung der Ärztin, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, unter bestimmten Bedingungen respektiert, ist damit auch die Gefahr einer Ausweitung, des Missverstehens, des Missachtens der Bedingungen gross. Von Ärztinnen und Ärzten wird eine hohe berufliche Kompetenz, Fähigkeit zur Kommunikation und zur differenzierten ethischen Reflexion verlangt. Das ist auch ganz unabhängig von der vorliegenden Problematik zu fordern, wenn wir an die viel häufigeren und schwierigen medizinischen Entscheidungen z. B. am Lebensende oder angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen denken. Aber: erfüllen alle Ärzte diese Anforderung? Wir können nur versuchen, daraufhin zu arbeiten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Würde aber ärztliche Beihilfe zum Suizid standesethisch unter allen Umständen strikt abgelehnt, so könnte das in einzelnen Situationen zu einem schweren Gewissenskonflikt führen; vor allem aber werden Menschen mit dem Wunsch nach Suizidbeihilfe nicht ihren Arzt, sondern eine Sterbehilfeorganisation aufsuchen.

* Ärztin für innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie. Leitende Ärztin am Krankenhaus Ittigen, Bern. Mitglied im Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie (ehemals Präsidentin).

Keine ärztliche Kunst, sei sie auch noch so gut, kann Leiden und Abhängigkeit aus der Welt schaffen, kann ein beschwerdefreies Sterben garantieren. Wenn Menschen aus Angst vor Abhängigkeit, aufgrund des Wunsches nach leichtem Sterben, von den Ärzten Beihilfe zum Suizid verlangen, fast gar als Recht einfordern, so ist das ein Missbrauch der Ärzte für fremde Zwecke. Die Verantwortung für sein eigenes Sterben kann nicht an die Ärzte abgegeben werden, sondern jeder muss sie selber tragen.

Als in der Langzeitpflege tätige Ärztin weiss ich, dass der wirklich autonome und dauerhafte

Wunsch nach Beihilfe zum Suizid bei geriatrischen Patienten sehr selten vorkommt, insbesondere in Institutionen der Langzeitpflege. Wenn aber dort – einem öffentlichen Raum – Beihilfe zum Suizid durchgeführt wird, so ist damit die Aussage verbunden, dass Leben in Abhängigkeit nichts wert ist. Dass diese Meinung und assistierter Suizid als mögliche Lösung bei Pflegebedürftigkeit sich ausweitet und gesellschaftliche Anerkennung findet, dass damit Druck auf pflegebedürftige Menschen ausgeübt wird, ist eine ernst zu nehmende Gefahr.

Beihilfe zum Suizid – eine ärztliche Tätigkeit?

*Settimio Monteverde**

Die neuen ethischen Richtlinien des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer (SBK 2003) umschreiben die Beihilfe zum Suizid als Dilemma, in dem die ethischen Prinzipien Autonomie, Nicht schaden und Gutes tun involviert sind. Es gibt rational und emotional einsichtige Gründe, die therapeutisch tätige Personen dazu veranlassen können, schwerkranke Patienten** mit Suizidabsicht in diesem Schritt nicht alleine zu lassen. Dies lässt die jetzige Strafgesetzgebung generell für alle Personen bereits zu. In dieser Hinsicht liefern also die neuen SAMW-Richtlinien nichts Neues.

Was in berufsethischen Richtlinien zur Diskussion steht, ist nicht die Frage nach der Moralität des Suizids (über die in liberalen Gesellschaften ein Konsens besteht), sondern nach der Moralität der Beihilfe aus der Perspektive einer bestimmten Berufsgruppe. Lässt sich das, was das Gesetz für Individuen zulässt, auch auf ein berufliches Kollektiv übertragen? Logisch ist diese Frage zu bejahen, (berufs-)deontologisch kann aber solch eine Übertragung eines individualethischen Entscheides auf ein

Kollektiv für erhebliche Verwirrung sorgen. Dies hat auch die Rezeption der neuen Richtlinien der SAMW gezeigt, in der in den Medien Schlagzeilen wie „Ärzte - neue Suizidhelfer?“ oder „Aktive Sterbehilfe durch Ärzte - bald auch bei uns?“ über die Landesgrenzen hinaus zu lesen waren.

Aus den Richtlinien geht klar hervor, dass Beihilfe zum Suizid nach wie vor nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit ist und bleibt. Ausnahmen werden aber benannt, in denen sich der Arzt aus einem Gewissensnotstand heraus sich anders entscheiden kann. Die Sensibilität für solche Situationen ist zweifelsohne das grösste Verdienst der neuen Richtlinien. Natürlich muss auch das Handeln aus Gewissensgründen ethischen Kriterien genügen. Diese werden in den neuen Richtlinien auch genannt für diejenigen Ärzte, die sich für eine Beihilfe zum Suizid entscheiden (§ 4.1). Doch erstens reichen diese Kriterien nicht aus, um das ganze Missbrauchspotenzial in der gegenwärtigen schweizerischen Strafgesetzgebung bezüglich Suizidbeihilfe einzudämmen. Zweitens ersetzen solche Kriterien nicht einheitliche prozedurale Regeln, die in der schweizerischen Situation dringlich sind (z.B. Meldesystem, das eine genaue Statistik ermöglicht) und drittens fehlen Kriterien für solche Personen, die sich entscheiden, keine Beihilfe zum Suizid zu leisten. Nicht nur wer Beihilfe leistet, aber auch wer sich diesbezüglich weigert, muss seinen Entscheid auf ethisch zuverlässigen Kriterien abstützen können.

Dass die neuen SAMW-Richtlinien in dem Passus über die Beihilfe zum Suizid einen Ausnahmezustand regulieren wollen, der gerade nicht Bestandteil des medizinischen Routinealltags ist, wur-

* Pfarrer, Anästhesie-Pfleger im Bethesdaspital Basel, Mitglied der Ethikkommission des SBK und der Ethikkommission beider Basel.

** Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

de in der Öffentlichkeit und in den Medien kaum rezipiert. Kodifiziertes ärztliches und pflegerisches Berufsethos haben nebst einer autoregulativen Funktion nach innen immer auch einen hohen symbolischen Charakter nach aussen. Dies erklärt, warum in den Augen vieler Menschen durch diese Regulierung die ärztliche Beihilfe des Suizids - entgegen aller Differenzierungen- nun *eben doch* Bestandteil des ärztliche Berufs geworden ist.

Im gemeinsam mit der FMH herausgegebenen Dokument „Pflegerische in der Endphase des Lebens“ (2001) hatte der SBK seine Haltung bekräftigt, dass aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid nicht Bestandteile des ärztlichen und pflegerischen Auftrags sind. Daran hält der SBK auch heute noch fest. Doch was besagt eine solche Aussage? Hinsichtlich der Beihilfe zum Suizid kann dies nicht heissen, dass das Berufsethos etwas verbieten will, was das Gesetz schon lange zulässt. Denn dann müssten die Berufsverbände logischerweise für eine Änderung der Strafgesetzgebung (Strafbarkeit der Suizidbeihilfe) eintreten. Es heisst vielmehr, dass uns für die Lösung eines solchen Gewissenskonflikts der Rekurs auf das Berufsethos versagt bleibt. Solche individualethische Konflikte kann ein kollektives Berufsethos nicht lösen, ohne mit sich selbst in Widerspruch zu geraten. Dass das tradierte Berufsethos bezüglich der Suizidbeihilfe nur *prima facie* gelten soll, ist ein Urteil, das allein aus einem Gewissensnotstand heraus gefällt werden kann.

Ärzte und Pflegerische, die mit einem Wunsch nach Begleitung in den Suizid konfrontiert sind, werden in der Regel alles daran setzen, dass bei Patienten in der Endphase des Lebens die Symptom-

kontrolle adäquat ist. Gute Palliativmedizin und -pflege zeigt immer wieder, dass der Suizidwunsch verschwindet, wenn Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Atemnot und Depressionen einer professionellen Behandlung zugänglich sind, wenn Menschen ganzheitlich betreut werden und vor dem Tod wichtige Angelegenheiten erledigen können. Die Absicht von Palliative Care ist es, der „Medikalisierung“ des Sterbens die „Humanisierung“ entgegenzuhalten. Doch ein – statistisch gesehen – kleiner Rest von Patienten bleibt, der beharrlich am Suizidwunsch festhält und von Ärzten und Pflegerischen nicht alleine gelassen werden möchte. In solchen Situationen stösst das Berufsethos an seine Grenzen und macht der individuellen Gewissenentscheidung Platz.

Wie auch immer die Entscheidung von Ärzten und Pflegerischen ausfällt- sie muss Kriterien der Sorgfalt genügen, damit die Betreuung und Versorgung der Patienten *in jedem Falle* gewährleistet ist. Diese Kriterien gilt es verbindlich festzulegen (vgl. z. B. die „Oregon Association of Nurses“). Sie bilden als solche nicht Teil des Berufsethos, sondern explizieren dieses in Hinblick auf eine bestimmte Situation, zeigen seine Grenzen auf und vergegenwärtigen die ärztlichen, pflegerischen, moralischen und rechtlichen Implikationen zweier grundsätzlich verschiedener Handlungsoptionen. Solche Sorgfaltskriterien zu entwickeln und zu formulieren ist eine nicht ganz leichte Aufgabe, sie wäre aber für die betroffenen Ärzte und Pflegerischen, welche mit dem Leiden anderer Menschen konfrontiert werden, eine echte Entscheidungshilfe.

Was es heisst, Suizidwilligen zu helfen

Die Nationale Ethikkommission sucht

Kriterien für die Suizidbeihilfe

*Christoph Rehmann-Sutter**

Wenn jemand versucht, sich das Leben zu nehmen, hat sie oder er es nicht nur mit sich selbst zu tun. Verzweifelte Menschen mögen sich in diesem Moment unendlich alleine fühlen, wollen bloss noch aus der Welt hinaus fliehen, nur weg, ins Nichts springen. Dennoch sind andere Menschen oft auf vielfältige und dramatische Weise involviert:

Selbsttötung macht (1) andere tief betroffen, kann bei den Angehörigen Verletzungen und Schuldgefühle hervorrufen – nicht in jedem Fall, aber häufig. Suizide führen (2) zu sozialen Stigmatisierungen. (3) Andere können zufällig dazu stossen und intervenieren, um den Tod zu vermeiden. (4) Schliesslich können Suizidwillige die Hilfe eines anderen in Anspruch nehmen wollen, um ein tödliches Mittel zu beschaffen oder bereitzustellen, wenn sie selbst dazu nicht in der Lage sind. In verschiedenen Konstellationen ist ein Mensch, der sich das Leben zu nehmen versucht, möglicherweise nicht allein, sondern existenziell mit anderen verbunden.

Die Beihilfe zum Suizid – die letzte der aufgezählten Möglichkeiten – stellt deshalb nicht die einzige Situation dar, in der unklar sein kann, was es heisst, Suizidwilligen wirklich zu helfen, d.h. welche Art von Hilfe sie brauchen und was ihren wirklichen Bedürfnissen dient. Aber bei der Suizidbeihilfe stellt sie sich in besonderer Weise. Denn dort wirken Mitmenschen bewusst, aktiv und durchaus zielgerichtet in einem Projekt der Selbsttötung mit. Wäre Selbsttötung ein Delikt (wie es die Tötung anderer ist), wäre die Beihilfe die Komplizenschaft am Delikt. Selbsttötung ist zwar kein Delikt mehr.

Menschen, die suizidgefährdet sind, brauchen keine Strafe, sondern Unterstützung und Hilfe. Aber die Selbsttötung bleibt dennoch ein irreversibel autodestruktiver Akt – und damit ein tragischer Akt –, dem eine Krise zugrunde liegt.

Ein Rest der moralischen Distanzierung von der Mitwirkung findet sich in der Sprache. Wir verwenden gewöhnlich das Wort „Beihilfe“. Es heisst ja auch „Beihilfe zum Mord“, „Beihilfe zum Betrug“ nicht „Hilfe“ zum Mord etc. Das Schweizerische Strafgesetzbuch spricht – dazu passend – von „Selbstmord“, nicht von „Suizid“ oder „Selbsttötung“ oder gar heroisierend von „Freitod“. Die Nationale Ethikkommission (NEK-CNE) hat in ihrer Stellungnahme den neutralen Wortgebrauch gewählt und spricht von Suizid und Selbsttötung. Dennoch hat sie sich dem erst kürzlich sporadisch feststellbaren Sprachgebrauch „Suizidhilfe“ nicht anschliessen wollen; sie spricht auch nicht von „Freitodhilfe“. Damit behält sie eine Distanz bei, allerdings nicht begründet in der Wahrnehmung der Selbsttötung (oder der Hilfe dazu) als Vergehen, sondern darin, dass die Hilfeleistung dazu ein *Risiko* darstellt, das anderen Formen der Hilfe und des Beistandes fremd ist.

Hinter dem Suizidwunsch kann ein Konflikt stehen. Er ist nicht immer Ausdruck eines in sich abgeklärten Willens. Weil die Suizidwilligkeit und der Suizidversuch nicht in jedem Fall einen aus der Sicht der faktisch suizidwilligen Person auch längerfristig zuverlässigen, „selbstbestimmten“ Willen zum Grund hat, kann die Beihilfe zum Suizid, im falschen Moment angeboten, ein Projekt der Selbsttötung effizient zu Ende führen, das sonst nicht verwirklicht worden wäre. Aus der Suizidforschung ist bekannt, dass ein Mehrfaches der Anzahl der Suizidversuche nicht zum Tod führt. Viele der Menschen, die bei einem Suizidversuch gerettet werden, geben später an, dass sie froh sind, weiterzuleben. Die Situation der Krise, die zur empfundenen Ausweglosigkeit führt, ist eher die Regel und der rational erwogene Suizidwunsch eher die Ausnahme.

Bei der ethischen Diskussion über Suizidbeihilfe muss dies mit berücksichtigt werden, denn es betrifft die Verletzbarkeit von Menschen, die sich in dieser existenziellen Grenzsituation befinden. Suizidwillige sind nicht nur darin verletzlich, dass sie ihr Projekt mangels Hilfe anderer nicht ausführen

* Assistenzprofessor für Ethik in den Biowissenschaften am Institut für Geschichte und Epistemologie der Medizin, Universität Basel. Mitglied des Vorstandes der SGBE/SSEB; seit 2001 Präsident der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE.

können, sondern auch darin, dass andere einem faktisch vernehmbar und eindringlich geäußerten Suizidwunsch Folge leisten und es ermöglichen, dass das Suizidprojekt zu Ende geführt wird, wenn es ohne Hilfe zum längerfristigen Wohl der Betroffenen nicht zustande gekommen wäre. Der Suizidbeihilfe, technisch korrekt ausgeführt, haftet der Charakter der Effizienz und Nebenwirkungsfreiheit an. Damit verändert sie den Charakter mancher Suizidversuche, die oft die Möglichkeit enthalten, nicht zu gelingen. Suizidbeihilfe ist deshalb nicht eine in sich selbst moralisch neutrale Hilfe, deren Legitimität sich aus dem Projekt ableitet, zu dem die Hilfe dient. Sie ist vielmehr eine Hilfe, welche die moralischen Qualitäten des Projektes, zu dessen Ausführung sie verhilft, verändern kann.

Von dieser Wahrnehmung von Risiko und von ethischer Ambivalenz der Suizidbeihilfe sind die Thesen getragen, welche die NEK-CNE im September 2004 der Öffentlichkeit zur Diskussion vorgelegt hat. Die Kommission hat einerseits mit Nachdruck ihren Respekt für die eigene Gewissensentscheidung der Person ausgedrückt, die einer anderen zum Suizid verhilft. Andererseits wollte sie aber an der Verantwortung festhalten, welche die Gesellschaft in Bezug auf die Verletzbarkeit der Menschen trägt, die in einer Situation der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit keinen anderen Weg als den Tod mehr sehen.

Grundsätzlich unterstützt die Kommission die liberale Haltung, die das Schweizerische Strafrecht auszeichnet. Der Art. 115 StGB macht es möglich, dass Beihilfe zum Suizid stattfinden kann und strafrei bleibt, sofern die HelferIn/der Helfer dabei nicht aus eigennützigen Motiven handelt. Dies ist eine Besonderheit der schweizerischen Rechtslage. Sie unterscheidet sich darin von allen angrenzenden Ländern. Die Kommission gibt aber zu bedenken, dass die möglicherweise eigennützigen Motive einer helfenden Person nicht das Einzige sind, wovor Suizidwillige Schutz brauchen. Es kann auch die allzu *bereitwillig* angebotene, allzu einfach verfügbare Hilfe zum Suizid sein. Wenn sich Menschen in Not befinden, kann das Angebot eines Mittels, sich das Leben zu nehmen, auch ein Ausdruck der *abwesenden* mitmenschlichen Solidarität sein, auch wenn keine eigennützigen Motive vorliegen. Deshalb bietet die in der Schweiz bestehende Regelung nach der Meinung der NEK-CNE heute der Ergänzung.

Zwei Grundwerte

Die Kommission enthält sich in ihren Thesen ganz bewusst von einer moralischen Stellungnahme zu den individuellen Entscheidungen, die eine sterbewillige und eine helfende Person treffen. Sie richtet sich dezidiert auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Für sie fordert sie eine Berücksichtigung von *zwei* Grundwerten, die zueinander in einem Spannungsverhältnis liegen: die *Fürsorge* für suizidgefährdete Menschen einerseits – im Sinn des Im-Leben-Haltens – und der *Respekt* für die Selbstbestimmung der suizidwilligen Person andererseits.

Beide Werte sind gesellschaftlich tief verankert und eine Regelung, die nur das eine auf Kosten des anderen berücksichtigt, „liefere“, wie es in der These 1 heisst, „auf eine erhebliche Verschiebung der gesellschaftlichen Wertvorstellungen hinaus.“¹ Diese beiden ethischen Grundanliegen kann man auch schon im bestehenden Art. 115 StGB verkörpert sehen, der nicht nur den Versuch der Selbsttötung und die Beihilfe für straflos erklärt und insofern Respekt für individuelle Entscheide zeigt, sondern der auch Betroffene vor den möglichen eigenen Interessen anderer schützt, die eine Beihilfe zum Suizid aus eigennützigen Gründen anbieten könnten.

Mit dieser Wertebestimmung widerspricht die Kommission der gelegentlich veröffentlichten Auffassung, wonach eine Diskussion um eine verbesserte gesetzliche Regelung der Sterbe- und Suizidbeihilfe nicht möglich sei, weil in der Gesellschaft ein tiefer Dissens über die relevanten Grundwerte bestehe. Auch wenn über die relative Gewichtung der beiden Werte Respekt und Fürsorge bezüglich einzelner Fragen zweifellos unterschiedliche Meinungen bestehen, können sich vermutlich sehr viele Bürgerinnen und Bürger darin finden, dass es diese beiden Werte sind, welche die Diskussion bestimmen und die im Einzelfall eine angemessene Berücksichtigung verlangen.

Die organisierte Suizidbeihilfe

Das bereitwillige Angebot eines effizienten Mittels, sich das Leben zu nehmen, und das Angebot eines geschützten Rahmens, der den Erfolg des Projektes garantiert und der gleichzeitig schmerzhaft und für andere schockierende Nebenwirkungen auf ein Mi-

¹ Die Thesen der NEK-CNE zur Suizidbeihilfe vom 15. September 2004 finden sich auf der Homepage www.nek-cne.ch unter Stellungnahmen.

nimum reduziert, kann Ausdruck der mitmenschlichen Solidarität sein. Solidarität im tragischen Akt, dem keine Alternative offen steht. Es kann aber auch, im falschen Moment angeboten, geradezu umgekehrt Ausdruck der abwesenden Solidarität sein. Damit sind nicht in erster Linie die Suizidhelfer gemeint, denen eine Tugend der Solidarität abgehen könnte, sondern die Menschen im sozialen, familiären oder pflegerischen Kontext der suizidwilligen Person, aus dem heraus ihr Suizidwunsch entstanden ist.

Es wäre „fatal“, heisst es in der zweiten These der NEK, „wenn die Beihilfe zum Suizid aufgrund von Routinen erfolgen würde“. Jede Entscheidung muss sich „an der Person und an der Situation des Suizidwilligen orientieren“. Sie darf deshalb auch nicht einen faktisch einmal entstandenen Suizidwunsch oberflächlich, d.h. zum Nennwert akzeptieren und ihn als solchen zur Rechtfertigung zur Durchführung des Sterbeverfahrens nehmen. Eine solche Rechtfertigung wäre blind und ethisch gesehen nicht tragfähig.

Dieses Risiko ist grundsätzlich gegeben, wenn die Beihilfe zum Suizid organisiert angeboten wird. Die Tatsache, dass es zweifellos verantwortungsbewusste Sterbehilfeorganisationen gibt, die ihre soziale Verantwortung sehr wohl wahrnehmen und in Form von eigenen Ethikberatungen, Ethikkommissionen und internen Richtlinien umsetzen, macht diese Vorsicht nicht unbegründet. Das Gesetz lässt es gegenwärtig zu, dass jeder, der will, eine eigene Organisation gründet. Gemäss These 3 bedarf das Gesetz deshalb in Bezug auf die Sterbehilfeorganisationen der Ergänzung: um die Qualität ihrer Abklärungsprozesse an gewisse Standards zu binden, sollen sie unter staatliche Aufsicht gestellt werden (These 10). Damit lehnt die NEK nicht die Sterbehilfeorganisationen ab, sondern sie möchte ihre Tätigkeit per Gesetz an gewisse – noch zu formulierende – Qualitätsstandards binden, wie sie für andere Institutionen im Gesundheitswesen auch gelten (z.B. Arztpraxen, Spitäler, Apotheken, Pharma-Firmen). Es braucht rechtliche Regelungen, die auch sanktionierbar sind. Selbstgegebene Regeln der Sterbehilfeorganisationen sind zwar wichtig, reichen aber nicht aus.

Psychische Krankheiten

Eine besondere Problematik entsteht, wenn Menschen mit psychischen Krankheiten einen Suizid-

wunsch äussern.² Eine einfache Lösung wäre, Menschen mit psychischen Krankheiten *a priori* von jeder Suizidbeihilfe auszuschliessen. Die Sterbehilfeorganisation Exit hat – aufgrund von einschlägigen Erfahrungen – diese *a priori* Regel in Frage gestellt und damit eine interne und öffentliche Diskussion ausgelöst, wie und mit welchen Verfahren differenzierte Kriterien gefunden werden könnten. Die NEK widmet dieser Problematik ihre These 4.

Ihr Approach bleibt zwar vorsichtig, ist aber differenziert. Sie hält fest, dass sich die Problematik im Fall psychisch Kranker nicht einfach daraus ergibt (wie das vielleicht in einer ersten Annäherung scheinen könnte), dass die Urteilsfähigkeit psychisch Kranker nicht gegeben ist. Ein Argument könnte ja lauten: Psychisch Kranke sind bezüglich des Sterbewunsches nicht urteilsfähig, deshalb kann ihr Wunsch zum Suizid die Hilfe zum Suizid nicht rechtfertigen. Die Problematik steckt gemäss Auffassung der NEK vielmehr in der besonderen Natur psychischer Krankheiten: „Todes- und Suizidwünsche sind häufig Ausdruck oder Symptom ihrer Erkrankung. Deshalb bedürfen Suizidwillige, die unter psychischen Krankheiten leiden – alleine oder in Kombination mit somatischen Krankheiten – in erster Linie einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung.“ Das Kriterium, welches das Eintreten in eine konkrete Abklärung im Einzelfall erlaubt, ist deshalb nicht die Urteilsfähigkeit (diese muss selbstverständlich auch gegeben sein: bezüglich der Situation, der Folgen und der Alternativen), sondern in erster Linie die Unabhängigkeit des Suizidwunsches von der *Symptomatik des psychischen Leidens*. Aber auch diese bleibt bloss „eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung“. Sie reicht nicht aus, um aus der Regel eine Ausnahme zu machen, dass für Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden, der assistierte Suizid auszuschliessen ist. Eine hinreichende Bedingung kann sie deshalb nicht sein, weil jede Beihilfe zum Suizid die intensive und langdauernde Hinwendung zur konkreten, einzelnen Person und seiner konkreten Situation erfordert. Entscheide können nie durch eine Regelanwendung alleine begründet werden.

² Peter Holenstein: Suizid – Letzte Hilfe. *Weltwoche*, Nr. 34, 19.8.2004; „Suizidhilfe ist keine Pflicht“ – Was geschieht, wenn psychisch Kranke sterben wollen? (Interview mit Daniel Hell, geführt von Lisa Stadler) *Basler Zeitung* 13.11.2004).

Medizinische Berufe und Institutionen

In der Frage der Beteiligung von Angehörigen ärztlicher oder pflegerischer Berufe an einem Projekt der Suizidbeihilfe – etwa durch die Abgabe eines Rezeptes für Pentobarbital oder die pflegerische Duldung bzw. die Unterstützung der Ausführung eines assistierten Suizides in einem Heim oder Spital – schliesst sich die NEK-CNE weitgehend an die in diesem Jahr zur Vernehmlassung vorgestellten medizinisch-ethischen Richtlinien für die Betreuung von Patienten am Lebensende der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW an.³ Sie interpretiert die in diesem Dokument gewählte, traditionell geprägte Formel, wonach die Suizidbeihilfe zwar „nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit“ sei, aber dennoch persönliche Gewissensentscheidungen im Einzelfall möglich seien, so: Suizidbeihilfe könne „nicht als etwas begriffen werden, was zum *Auftrag* der Angehörigen von Heilberufen gehört.“ (These 7) Es gehört in den Bereich der persönlichen Entscheidung und eine Beteiligung kann von ihnen, weil es nicht zum Auftrag gehört, nicht verlangt werden. Teil der Tätigkeit kann es aber sehr wohl sein. (Wer ausser einem Arzt oder einer Ärztin soll das Rezept ausstellen? Ist das Ausstellen eines Rezeptes nicht eine ärztliche Tätigkeit, sogar eine, die von keiner nichtärztlichen Person vollzogen werden könnte?) Umgekehrt soll aber eine persönliche Entscheidung respektiert werden. Sie soll sogar, wie die NEK-CNE formuliert, wie auch immer sie ausfällt, „keine moralische Missbilligung und keine Sanktionen durch ihren Berufsstand“ nach sich ziehen. Diese Entscheidungen kompetent fällen zu können, erfordern konsequenterweise auch eine entsprechende Ausbildung über die Pflege am Lebensende.

Spitäler und Heime sind in der Meinung der NEK-CNE differenziert zu behandeln, je nachdem, ob es sich bei ihnen um Institutionen der Langzeitpflege handelt, worin Menschen ihren regulären Lebensort haben, oder um Akutspitäler, wo sich Menschen nur vorübergehend aufhalten. Bei ersteren erscheint es der Kommission als besonders problematisch, wenn die Institution Bewohner dazu zwingt, für das Sterben den Ort und die pflegerischen Beziehungen zu verlassen. Gleichzeitig soll es aber allen Mitarbeitenden überlassen bleiben, ob

sie es mit ihrem Gewissen vereinbaren können, sich an einem assistierten Suizid zu beteiligen.

Die Akutspitäler müssen sich nach Meinung der NEK in der These 6 entscheiden, ob sie für ihre Patientinnen und Patienten die Möglichkeit eines assistierten Suizids zulassen wollen oder nicht. Wenn sie die Praxis erlauben wollen, sollen auch entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, „damit der Akt unter den bestmöglichen Voraussetzungen stattfinden kann“, das heisst z.B. ohne andere Patient/innen in Mitleidenschaft zu ziehen. – Ob dies für Akutspitäler überhaupt eine realistische Möglichkeit darstellt, werden die Erfahrung und die weitere Diskussion zeigen müssen.

Sogeannter Sterbetourismus

Eine politisch brisante und aufgrund steigender Zahlen in den letzten Jahren rasch wachsende Problematik stellen die assistierten Suizide von Personen dar, die dazu aus Ländern mit restriktiveren Gesetzen eigens in die Schweiz anreisen. Solange die Schweiz den assistierten Suizid weiterhin erlaubt, gibt es von mir aus gesehen grundsätzlich vier unterschiedliche Optionen, mit der Problematik der Anreisenden aus dem Ausland umzugehen:

- A: Das Phänomen tolerieren, wie es ist.
- B: Verbot der Suizidbeihilfe für Menschen ohne Wohnsitz in der Schweiz.
- C: Verbot der Suizidbeihilfe für Menschen ohne schweizerische Staatsangehörigkeit.
- D: Anforderung hoher Qualitätsstandards für die Abklärung, mit staatlicher Aufsicht.

Die Optionen B (Wohnsitzpflicht) und C (Nationalitätspflicht) schliesst die NEK-CNE dezidiert aus – aus Gerechtigkeitsgründen. „Es ist davon auszugehen, dass die Gründe, weshalb Suizidwillige aus dem Ausland den Weg in die Schweiz suchen, keine anderen sind als bei Suizidwilligen aus der Schweiz“ (These 8). Deshalb wäre ein Ausschluss von Ausländern unfair. Sie würde ethische mit politischen Motiven verwechseln.

Die Option A (Status quo) ist aber unbefriedigend, weil in dem Fall, wenn ein Mensch aus dem Ausland anreist, für eine sorgfältige Abklärung offensichtlich erschwerte Bedingungen herrschen. Es soll vorkommen, dass sich Personen nur kurze Zeit nach der Ankunft in Zürich mit Hilfe einer Organisation zu Tode brachten. Die Existenz von entsprechenden

³ Vgl. im Internet unter: www.samw.ch

stark frequentierten Sterbewohnungen wird von den betroffenen Gemeinden verständlicherweise als stossend empfunden.

Die NEK-CNE hat sich für die Option D ausgesprochen: die Sicherstellung einer ausreichenden, genügend breiten, langfristigen, alle Alternativoptionen ins Auge fassenden Abklärung und die kontrollierte Einhaltung der diesbezüglichen Sorgfaltspflichten für alle, ob sie nun in der Schweiz leben oder nicht, welche Nationalität sie auch immer haben.

Dies scheint mir im Moment die wichtigste Empfehlung der NEK an die Gesetzgeber zu sein, seien es die Kantone oder sei es der Bund. Mit Vorzug sei es der Bund, aus naheliegenden und für alle

offensichtlichen Gründen. Die Gesetze sollen das Problem des Sterbetourismus nicht über den allzu simplen und unfairen Weg einer Wohnsitz- oder Nationalitätspflicht der Suizidwilligen lösen, sondern über eine Qualitätssicherung in der Abklärung. Es braucht eine gesetzliche Definition und die kontrollierte Einhaltung entsprechender Sorgfaltspflichten. Davon hätten alle etwas, auch die Menschen *in* der Schweiz. Dies wäre nach Auffassung der Kommission der Weg, auf dem eine adäquate gesetzgeberische Antwort auf die Probleme gefunden werden kann, die durch das relativ neue Phänomen der Sterbehilfeorganisationen aufgeworfen sind.

Tagungsbericht

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – Ethische Probleme in Theorie und Praxis. Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin 2004

*Wolfgang Bürgstein**

Die diesjährige Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin vom 30. September bis 2. Oktober in Münster hat sich mit dem Thema „Gerechtigkeit im Gesundheitswesen“ nicht nur einem aktuellen, sondern auch einem dringlichen Thema zugewandt. Das Problem der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen existiert dabei unabhängig von der konkreten Systemorganisation in allen Staaten. Entgegen den häufig zu hörenden Beteuerungen, v.a. von politischer Seite, dass jeder Bürger Anspruch auf jede medizinisch notwendige Massnahme hat und eine Zwei-Klassen-Medizin nicht gewollt ist, begrenzt die Mittelknappheit bereits faktisch die Handlungs- und Therapiespielräume. Vor allem als Folge der Leistungsdynamik im medizinischen Fortschritt werden Vertei-

lungsfragen immer mehr zunehmen. Darüber gab es auf dieser Veranstaltung keinen Dissens, auch nicht zwischen Vertretern verschiedener Fachdisziplinen. Die Beiträge aus medizinischer, philosophisch-ethischer, juristischer und auch ökonomischer Perspektive, die in kaum zu überbietender Zeitdisziplin gehalten wurden, waren alles in allem interessante und auch klärende Beispiele für die Vielzahl von diskutierten Lösungsstrategien.

In ihrer thematischen Einführung wies Prof. Bettina Schöne-Seifert, Lehrstuhl für Ethik in der Medizin, Universität Münster, bereits darauf hin, dass für die Lösung der anstehenden Fragen und Probleme weder Patentrezepte noch einfache und unstrittige Lösungen zu erwarten sind. Dennoch müssen Antworten gesucht werden auf die Frage, welche Kriterien und Verfahren im Leistungsangebot der Grundversorgung angewendet werden sollen. Und als Rahmenbedingung ist die Forderung zu unterstreichen, dass willkürliche und verdeckte Leistungsbeschränkungen zu vermeiden sind.

Eine zentrale Rolle in der aktuellen Diskussion über Verteilungsfragen in der Gesundheitspolitik spielen die Begriffe Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung. Der Begriff der Rationalisierung ist dabei von der Ökonomie her theoretisch klar, in der praktischen Umsetzung aber durchaus schwierig. Rationierung meint das bewusste Vorenthalten von medizinisch notwendigen Leistungen aus Kostengründen, wobei die dafür notwendige Akzeptanz in der Gesell-

* Ökonom und Theologe, Sekretär von Justitia et Pax, einer beratenden Kommission der Schweizerischen Bischofskonferenz in sozial- und wirtschaftsethischen Fragen (e-Mail: juspax-wb@bluewin.ch).

schaft meist gering ist und entsprechende ethisch belastbare Entscheidungskriterien fehlen. Priorisierung meint den Vorrang von bestimmten Massnahmen, allerdings unter Prämisse der Rationierung.

Nach welchen Kriterien sind knappe Gesundheitsressourcen zu verteilen?

Den Reigen der Beiträge eröffnete am Freitagmorgen¹ Prof. Weyma Lübke, Lehrstuhl für Praktische Philosophie, Universität Leipzig. In ihrem Grundlagenbeitrag „Two lives are worth some unfairness, I should say.“ Bemerkungen zu den ethischen Grundlagen des Effizienzkriteriums setzte sie sich kritisch mit dem Effizienzkriterium bei der Verteilung knapper Gesundheitsleistungen auseinander. Anhand der in der Allokationsethischen Diskussion bekannten Beispiele von John M. Taurek konnte sie die Grenzen effizienzorientierter, utilitaristischer Positionen darlegen. Zentrales Argument gegen eine bloße Verrechnung von Menschenleben ist ihr auf Taurek gestützter Einwand, dass der Verlust eines Menschenlebens nicht mit dem Weiter- oder Überleben eines oder mehrerer anderer verrechnet werden darf. Der Wert einer Person ist absolut, ihr Tod wiegt gleichviel wie der Tod mehrerer anderer Personen. Da der Mensch kein materielles Gut ist, hat die Zahl keine ethische Relevanz. Während das rein utilitaristische Effizienzkalkül die individuelle Situation unberücksichtigt lässt und eine allgemeine Situationsbewertung vornimmt, führt eine solche Sichtweise zu einer Bewertung von Entscheidungseinstellungen und konkretem Verhalten. Gerechtigkeits-theoretisch ergibt sich hieraus die Forderung, dass bei Fragen, wo es um Allokation von Gesundheitsleistungen und in der Folge um Menschenleben geht, grundsätzlich die Chancengleichheit aller Alternativen gegeben sein muss. Erst der Blick auf die je individuelle Situation der Betroffenen erlaubt eine ethisch fundierte Entscheidung. In den Allokationsethischen Konsequenzen läuft es dann keineswegs auf dasselbe hinaus, ob man das Effizienzkriterium utilitaristisch oder eben auf deontologischem Wege abstützt.

Deutlich konkreter wurde PD Georg Marckmann, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Univer-

sität Tübingen, in seinem Beitrag „Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung: ethische Kritik und mögliche Alternativen“. Ausgehend von den Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung (*aging at the bottom* und *aging at the top*) beschäftigte ihn die Frage, ob sich altersbedingte Beschränkungen moralisch rechtfertigen lassen. In der aktuellen Diskussion werden im Wesentlichen fünf unterschiedliche Theorieansätze für eine altersbedingte Beschränkung der medizinischen Leistungen vorgebracht: ein utilitaristischer Ansatz der Nutzenmaximierung, die Berücksichtigung von QALYs (quality-adjusted life-year – ein Mass für die Veränderung der Lebensqualität im Verhältnis zu den Behandlungskosten), das faire Lebenszeit-Konzept („faire innings“-argument - John Harris), die Annahme einer „natürlichen Lebensspanne“ (Daniel Callahan) und die Forderung einer klugen Lebensplanung („prudential life span account“ – Norman Daniels). In seiner Bewertung dieser Ansätze nennt Marckmann zwei gewichtige Aspekte, die aus ethischer Sicht gegen das Alter als Verteilungskriterium sprechen. Erstens wird bei einer wie auch immer begründeten Altersrationierung den betroffenen Menschen zum Teil erheblicher Nutzen vorenthalten. Dies steht in klarem Widerspruch zur ethischen Forderungen nach Angemessenheit. Und zweitens findet Altersrationierung nur selten die Zustimmung der konkret Betroffenen, also ein klarer Verstoss gegen die Autonomie der Patienten. Eine Alternative, um Kosten zu sparen, sieht Marckmann in der Förderung der Klinischen Ethikberatung. Untersuchungen von Schneidermann et al. (2003) hätten gezeigt, dass mit Ethikberatung deutlich geringere Kosten am Lebensende anfallen. Auch Patientenverfügungen können am Lebensende Kosten sparen (vgl. E. J. Emanuel 1996). Eine Lösung des Problems der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen kann m. E. Klinische Ethikberatung allerdings nicht sein, allenfalls ein sinnvoller Schritt neben vielen anderen.

Ganz im Unterschied zu Marckmann plädierte Prof. Friedrich Breyer, Lehrstuhl Wirtschafts- und Sozialpolitik, Universität Konstanz, in seinem Beitrag „Alter als Abgrenzungskriterium zwischen Grund- und Wahlleistungen“ für eine Altersrationierung in der Grundversicherung. Die aktuelle Situation im deutschen Gesundheitswesen und vor allem die absehbare demographische Entwicklung bis 2040 sprechen seiner Meinung nach entschieden für Altersrationierung. Er nennt vier Anforderungen an ein Abgrenzungskriterium, die dabei erfüllt sein müssen: 1. Operatio-

¹ Die Veranstaltung wurde bereits am Donnerstagabend mit der Verleihung des Nachwuchspreises und einem öffentlichen Vortrag von Prof. em. Günther Patzig, Philosophisches Seminar, Universität Göttingen, zum Thema „Wie geht man mit bioethischen Grundlagenkonflikten um?“ eröffnet. Da die Veranstaltungskonzeption in mehreren Einheiten parallele Sektionen vorgesehen hatte, können nachfolgend nicht alle Vorträge behandelt werden.

nalität und Transparenz, 2. Akzeptanz bei den Ärzten, 3. Kompatibilität zu fundamentalen Gerechtigkeitsvorstellungen und 4. Entschärfung des Generationenkonflikts. Seiner Ansicht nach genügt das Kriterium „biologisches Alter“ durchaus diesen Anforderungen, es ist operationabel und transparent, es entspricht den herkömmlichen Vorstellungen von Dringlichkeit, es ist ein nicht diskriminierendes Kriterium und somit kompatibel zu fundamentalen Gerechtigkeitsvorstellungen und es verringert durch die Begrenzung von Ausgaben im Alter den Transfer von Jung zu Alt und entschärft somit den Generationenkonflikt. Dieser ökonomische Blick auf die Frage der Altersrationierung stand in deutlichem Kontrast zu vielen anderen, meist ethisch-philosophischen Beiträgen. Dennoch oder gerade deshalb war dieser Beitrag wichtig für eine möglichst umfassende Problem- und Lösungsbestimmung. Es ist deutlich geworden, wie sehr die demographischen Veränderungen die Gesundheitssysteme auf der Kostenseite unter Druck bringen (werden).

Theoretische Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Die Frage „Wie viel Solidarität benötigt und wie viel individuelle Freiheit verträgt unser Gesundheitssystem?“ stellte sich Prof. Axel W. Bauer, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Heidelberg. Nach der Unterscheidung der verschiedenen Begründungsansätze und Formen von kollektiver und individueller Rationierung und den daraus erwachsenden ethischen Problemen kam er zu dem Schluss, dass der Leistungsumfang der Grundversicherung nur normativ im politischen Diskurs bestimmt werden könne. Hinsichtlich der Finanzierung überzeugen ihn weder Bürgersteuer (SPD und Grüne in Deutschland) noch Kopfpauschale (Modell CH). Er plädiert für eine einkommensabhängige Prämie (aufgrund ihrer Verteilungswirkung) mit einer entweder variabel festlegbaren persönlichen Selbstbeteiligung (Modell CH) oder einem prämienswirksamen prozentualen Selbstbehalt bei jeder Leistung. Beide Modelle hätten eine hohe Kostenwirkung, wobei letzteres wegen des fehlenden Mitnahmeeffektes jenseits der Selbstbeteiligung klar vorzuziehen sei. Interessant wäre es noch gewesen, wenn Bauer seine Vorschläge an den konkreten Erfahrungen in der Schweiz hätte belegen können.

Prof. Peter Hucklenbroich, Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster, fragte nach der „Bedeutung des Krankheitsbegriffs für die Ge-

rechtigkeitsdiskussion im Gesundheitswesen“. In seinem Beitrag suchte er nach formalen Kriterien für den Krankheitsbegriff und sprach sich gegen eine rein individuelle Bestimmung des Krankheitsbegriffs aus. Er unterstrich die Tatsache, dass die angewandte Medizin durchaus einen allgemeinen Krankheitsbegriff kennt, der bei der Festlegung von Behandlungsmassnahmen eine Rolle spielen muss. Gleichwohl plädiert er für einen eher deskriptiven statt normativen Krankheitsbegriff, der im Status eines Massstabs oder Kriteriums neben anderen möglichen oder zusätzlichen Kriterien bei der Entscheidungsfindung seinen Platz haben muss.

Finanzierbarkeit und Prioritätensetzung

Rationierung ist, entgegen allen Beteuerungen v.a. vonseiten von Politikern, eine Realität, nicht nur in der Schweiz. Deutlich wird dies besonders im Zusammenhang mit der Situation im Pflegebereich. Für Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Lehr- und Forschungsstelle für angewandte Theologische Ethik mit Schwerpunkt Bioethik, Universität Luzern, war dies der Ausgangspunkt für seinen Beitrag „Implizit oder explizit rationieren? Zur Diskussion der Prioritätensetzung im schweizerischen Gesundheitswesen“. Er versteht Rationierung als Vorenthaltung notwendiger oder nützlicher Massnahmen aus Kostengründen. Im Alter kann deshalb eine explizite Rationierung in der Grundversorgung dadurch geschehen, dass entweder ab einer bestimmten Altersgrenze einzelne Massnahmen nicht mehr oder nur noch teilweise finanziert werden oder dass altersbezogene Krankenkassenprämien erhoben werden. Letzteres beschränkt jedoch nicht den Leistungsumfang in der Grundversicherung und stellt somit nur eine prämienseitige Sanktionierung abhängig vom Alter dar. In beiden Fällen sind die Einschränkungen für alle Mitglieder einer Alterskohorte gleich, die bereits weiter oben erwähnten ethischen Bedenken gegenüber einer Rationierung anhand des Alters bleiben jedoch bestehen. Im Modell der impliziten Rationierung (vgl. auch Jürg H. Sommer (2001): *Muddling Through Elegantly*) hingegen erfährt das Arzt-Patienten-Verhältnis eine Belastung, weil der Arzt eben nicht mehr zweifelsfrei auf Seiten des Patienten steht. Ausserdem stellt dies einen Verstoß dar gegen das gemeinhin akzeptierte Prinzip des „informed consent“. Sowohl die explizite wie auch die implizite Altersrationierung lehnt Zimmermann-Acklin aus ethischen Gründen ab.

Angesichts der sich verändernden demographischen Rahmenbedingungen dürfte die Diskussion um Rationierung auch in der Schweiz weiter zunehmen. Einfache Antworten sind dabei weder in politischer noch in sachlicher Hinsicht zu erwarten. Da Altern heute so unterschiedlich und individuell verläuft wie die einzelnen Lebensläufe, scheint es m. E. ethisch vertretbarer, allgemein über Beschränkungen im Grundleistungskatalog nachzudenken.

Abschliessend möchte ich noch den Beitrag von Prof. Michael Schlander, Management und Controlling, FH Ludwigshafen erwähnen: „Das Gesundheitswesen zwischen Finanzierbarkeit, Finanzierung und Finanzierungsbereitschaft: Zum Beitrag der Gesundheitsökonomie“. Im Grunde ging es ihm in seinem makroökonomischen Beitrag darum aufzuzeigen, dass das Finanzieren-Können und das Finanzieren-Sollen oder -Wollen von Gesundheitsleistungen deutlich voneinander zu unterscheiden sind. Anhand von Extrapolationen der Gesundheitskosten und deren Auswirkungen auf das volkswirtschaftliche Wachstum konnte er aufzeigen, dass prinzipiell die Finanzierbar-

keit des deutschen Gesundheitswesens noch auf mehrere Jahrzehnte gegeben sein sollte, ohne dass das Wachstum der Volkswirtschaft deswegen negativ werden würde. Man könnte sich also den bestehenden Leistungsumfang in der Gesetzlichen Krankenversicherung noch einige Zeit leisten. Aber die Frage bleibt, wie viel Einbussen man bereit ist dafür in anderen Bereichen hinzunehmen. Eine „natürliche“ Grenze für Gesundheitsausgaben scheint jedenfalls auf lange Zeit noch nicht erreicht.

Die Veranstaltung war alles in allem eine gute Gelegenheit, sich mit einer breiten Palette von Meinungen auseinander zu setzen. Viele der vorgetragenen Lösungsvorschläge waren entweder sehr stark ökonomisch oder von ethischer Seite her zu wenig kosteneffektiv, so dass auch diese Veranstaltung ein Ausdruck des Mangels an überzeugenden und tragfähigen Lösungen war. Umso wichtiger sind solche Veranstaltungen, weil durch das Verdrängen der anstehenden Probleme die Gefahr besteht, dass schlussendlich nur noch die Kostenargumente gehört werden.

Agenda

14 décembre 2004, Genève, 14h00-17h00:
Assemblée générale de la SSEB et séance plénière
«Le donneur à coeur non-battant (NHBD) en réanimation»

Organisation et inscription: B. Ricou – S. Fortunato
 tél. 022 382 74 72, e-mail: sylvia.fortunato@hcuge.ch

20 janvier 2005, Neuchâtel, 9h30-16h30:
Cours de formation continue pour les membres des CER

Information et inscription: ASSM, Petersplatz 13, 4051 Bâle, mail@samw.ch

Impressum

Bioethica Forum wird herausgegeben von der
Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE-SSEB

Redaktionskommission: Markus Zimmermann-Acklin (verantwortlich), Hermann Amstad

Bioethica Forum No. 44 erscheint im März 2005; Redaktionsschluss: 10. Februar 2005.

Sekretariat SGBE/SSEB, REHAB Basel, Postfach, 4025 Basel
 Tel. ++41 (0)61 325 00 53 / 325 01 10, Fax ++41 (0)61 325 01 21
 E-Mail : sseb@bioethics.ch
 www.bioethics.ch