

2 Positionspapier zum Thema Sterbehilfe

Hilfe *beim* Sterben – nicht Hilfe *zum* Sterben!

Ruth Baumann-Hölzle, Christof Arn, Max Baumann,
Tatjana Weidmann-Hügler, Corinna Müri, Christoph Pachlatko,
Diana Meier-Allmendinger, Gustav Egli, Max Giger

ZUSAMMENFASSUNG

Anzustreben ist ein Sterben, das eines Menschen würdig ist, seinem individuellen Lebensentwurf entspricht und seinem sozialen Eingebundensein gerecht wird.

Sterbekultur

Mit den hier vorliegenden Grundsatzüberlegungen setzt sich Dialog Ethik für eine Sterbekultur ein, die sich am Verzicht auf absolute Verfügungsmacht über Leben, Sterben und Tod orientiert und Hilfe beim aber nicht zum Sterben anbietet. Eine solche Sterbekultur orientiert sich am existentiellen Würde- und Autonomieanspruch jedes Menschen, welcher unverlierbar ist und auch bei eingeschränkter Autonomie- oder Urteilsunfähigkeit bestehen bleibt. Der ethische Entscheidungsfindungsprozess in Medizin und Pflege soll also nicht über Leben und Tod eines Menschen im Sinne von lebenswertem und lebensunwertem Leben urteilen, sondern mit ihm zusammen die Zumutbarkeit von lebenserhaltenden Massnahmen für ihn abwägen. Das Ziel ist im Sinne von professioneller Palliative Care eine bestmögliche und dem Willen des Sterbenden entsprechende Sterbequalität. Dies gilt sowohl hinsichtlich eines allfälligen Verzichts auf lebenserhaltende Massnahmen, als auch einer Schmerztherapie. Der Tod wird dabei in Kauf genommen. Bei sterbenden Menschen hat der Staat die Aufgabe, für eine gute Behandlungs- und Betreuungsqualität zu sorgen. Wegen der Gefahr eines sozialen Drucks auf behinderte, schwache und kranke Menschen soll aktive Sterbehilfe in Form von Tötung keine sozial akzeptierte oder gar angebotene Handlungsmöglichkeit zur Lösung von individuellen oder sozialen Problem sein. Eine Gesellschaft aber ist nur human, wenn sie gerade auch behinderten, pflegebedürftigen, kranken und sterbenden Menschen die notwendigen Ressourcen an Pflege, Raum und Zeit zur Verfügung stellt.

Passive Sterbehilfe

Der urteilsfähige Patient, die urteilsfähige Patientin (im weiteren Text wird der Einfachheit halber nur vom Patienten gesprochen; dabei ist die Patientin immer mitgemeint, ebenso wie die Sterbende, die Suizidwillige und die Bewohnerin) haben das Recht auf

einen eigenen Entscheid. Bevor auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird, müssen die Voraussetzungen für eine informierte Entscheidung des Patienten geschaffen werden, die schliesslich zu respektieren ist. An ihnen liegt es auch zu entscheiden, ob sie bei diesem Entscheidungsfindungsprozess ihnen nahe stehende Menschen beiziehen möchten.

Beim urteilsunfähigen Patienten orientiert sich die Entscheidungsfindung an seinem mutmasslichem Willen. In dieser Situation entscheidet das Behandlungsteam stellvertretend und anwaltschaftlich im Sinne des mutmasslichen Patientenwillens. Ein solcher Stellvertreterentscheid soll nicht von einer einzigen Person getroffen werden. Er ist ethisch in Analogie zur «informierten Zustimmung» (informed consent) des urteilsfähigen Patienten nur vertretbar als «informierter Entscheid» (informed decision), dem ein interdisziplinärer Entscheidungsfindungsprozess unter Einbezug der Bezugspersonen des Patienten vorausgegangen ist. Derartige interdisziplinäre Entscheidungsfindungsprozesse werden strukturiert, transparent und verbindlich unter Einbezug möglichst vieler Sichtweisen vollzogen und müssen auch im Nachhinein aufgrund des Protokolls überprüfbar sein. Für solche Prozesse hat Dialog Ethik zusammen mit interdisziplinär zusammengesetzten Behandlungsteams strukturierte Entscheidungsfindungsverfahren für die Praxis entwickelt, die an die jeweilige Organisationskultur angepasst werden. Entscheidungsfindungsprozesse brauchen Raum und Zeit. Die hierfür notwendigen Ressourcen sind bereit zu stellen. Im Rahmen dieser Prozesse spielt auch eine allfällige Patientenverfügung eine wichtige Rolle (Dialog Ethik, 2004). Eine Patientenverfügung – verfasst in gesunden Tagen – bietet wichtige Hinweise für die Ermittlung des mutmasslichen Patientenwillens, falls die betroffene Person ihre Autonomie nicht mehr wahrnehmen kann. Eine Patientenverfügung kommt dem tatsächlichen Willen eines Menschen umso näher, je aktueller sie ist und je genauer sie die Situation vorwegnimmt, in der sich der nicht urteilsfähige Patient befindet. Patientenverfügungen dienen aber nicht nur dem Zweck, den Willen eines Menschen optimal wiederzugeben. Vielmehr geht es um die Bereitschaft zur persönlichen Auseinandersetzung mit Leben und Sterben. Diese Auseinandersetzung gehört zum menschlichen Reifungsprozess.

Menschen, die an die Grenze des für sie erträglichen Leidens gekommen sind und wiederholt Suizidwünsche äussern, sollen die Möglichkeit erhalten, sich für einen Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht als äusserste Form passiver «Sterbehilfe» zu entscheiden. Der selbst gewählte Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht erlaubt das selbstbestimmte Sterben, ohne dass eine eigentliche Tötung im gesellschaftlichen Handlungskontext akzeptiert werden muss. Der Tod ist in dieser Situation nur vom Sterbewilligen selbst zu verantworten. Der selbstbestimmte und bewusste Nahrungs-

und Flüssigkeitsverzicht ist keine direkte Tötung, sondern eine mögliche Form des Unterlassens von lebenserhaltenden Massnahmen. Auch dies ist jedoch erst dann zulässig, wenn genau abgeklärt worden ist, dass dieser Sterbewunsch nicht aufgrund von mangelhafter Behandlung oder Betreuung oder gar auf Druck des direkten Beziehungsumfelds eines Menschen formuliert worden ist. Es kann ausserdem nicht genug betont werden, dass auch bei dieser Möglichkeit des selbst gewählten Sterbens die Gefahr der gesellschaftlichen Zwänge im Hintergrund lauert, wonach sich Menschen plötzlich gezwungen sehen könnten, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, weil sie der Gesellschaft nicht zur Last fallen wollen bzw. dürfen.

Suizid und Beihilfe zum Suizid

Dialog Ethik respektiert die Freiheit zum Suizid und die Möglichkeit der Suizidbeihilfe als private Handlungen von Menschen, so wie sie in der Schweiz gesetzlich festgelegt sind. Die Option der Tötung soll jedoch nicht in den öffentlichen Raum eindringen. Die Organisation des Suizids und der Suizidbeihilfe liegt ganz in der Verantwortung des Suizidwilligen.

Die Unterscheidung zwischen öffentlichem Raum der Gesellschaft (sozialethische Ebene) und privatem, persönlichen Bereich einer Person (individualethische Ebene) erachten wir bei der Regelung der Sterbehilfe für zentral. Nicht alles, was mir als Privatperson zwischenmenschlich erlaubt ist, darf zu Leistungen von öffentlichen, quasiöffentlichen oder öffentlich anerkannten Institutionen gemacht werden. Auf der sozialethischen Ebene der Öffentlichkeit, der Institutionen und der grundsätzlichen juristischen Regulierungen steht der Lebensschutz bei Güterabwägungen im Vordergrund. Güterabwägungen mit menschlichem Leben sind nur indirekt zugelassen (z. B. Risikotoleranz im Verkehr). Demgegenüber steht auf der individuellethischen Ebene bei den Güterabwägungen die Freiheit des Einzelnen im Vordergrund. Diese Freiheit enthält sogar die Freiheit zur direkten Güterabwägung mit dem eigenen Leben (z. B. Freiheit zu selbstschädigendem Verhalten). Im Extremfall hat jeder urteilsfähige Mensch einerseits die Freiheit zur Selbsttötung und andererseits die Freiheit, persönliche Suizidbeihilfe für einen Mitmenschen zu leisten, wenn dies nicht aus selbstsüchtigen Motiven geschieht. Es gibt deshalb die Freiheit zum Suizid und zur Suizidbeihilfe. Aber weder der Suizid noch die Suizidbeihilfe sollen als Recht vom Staat eingefordert werden können. Dies umso mehr, als jeder Mensch mit der Möglichkeit des selbstbestimmten Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts die Freiheit hat, auf das Leben zu verzichten.

Umgang mit Suizidhilfeorganisationen

Diese Unterscheidung zwischen sozialethischer und individualethischer Ebene führt bei den Suizidhilfeorganisationen zu einem Problem: Als öffentliche Organisationen sind sie dem sozialethischen und nicht dem individualethischen Raum zuzuordnen. Als solche müssten sie vom Staat beaufsichtigt und Sorgfaltsregelungen unterstellt werden. Umgekehrt führen solche staatliche Regelungen im Sinne einer Legitimierung zu einer Legalisierung. Suizidbeihilfe wird dadurch zum Anspruchsrecht und die Option der Tötung eine öffentliche Handlung. Dies wiederum führt zu einem ethischen Dilemma auf sozialethischer Ebene, denn der Staat ist per se dem Schutz des menschlichen Lebens verpflichtet und Tötung darf für den Staat nie eine Option für Problemlösungen sein.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen schlagen wir für den Umgang mit Sterbehilfeorganisationen folgendes Vorgehen vor: Der Suizid und die Beihilfe zum Suizid sind Handlungen auf der individualethischen Ebene. Es ist Aufgabe des Staates zu überprüfen, ob die Suizidbeihilfe gemäss Art. 115 StGB ohne selbstsüchtige Motive ausgeübt worden ist. Diesbezüglich besteht derzeit in Bezug auf die Sterbehilfeorganisationen Handlungsbedarf. Hier könnte die Regelung, dass alle in einer Sterbehilfeorganisation tätigen Personen für ihre Handlungen nicht entlohnt werden dürfen, helfen Klarheit zu schaffen. Hingegen ist es nicht Aufgabe des Staates, Sorgfaltsregeln für Sterbehilfeorganisationen für die Durchführung des Suizid und der Suizidbeihilfe zu erlassen. Staatlich zertifizierte Sterbehilfeorganisationen sind abzulehnen. Es ist Aufgabe des Staates, gute Lebensbedingungen zu schaffen, die den Lebenswillen der Menschen stärken. Dazu gehört auch die Aufgabe der Suizidprävention. Es stimmt nachdenklich, dass die Schweiz bezüglich Suizide weltweit einen Spitzenplatz einnimmt.

In öffentlichen Institutionen ist den Sterbehilfeorganisationen der Zutritt auf Einladung eines Suizidwilligen zu gewähren, damit ein Suizid geplant werden kann. Es ist die Verantwortung der Sterbehilfeorganisationen, Sorgfaltsregeln für die Durchführung des Suizids und der Suizidbeihilfe zu formulieren und sowohl den Transport des Suizidwilligen als auch den Ort der Zulassung des Suizids so zu gestalten, dass die Handlung der Selbsttötung in einer für die beteiligten Menschen stimmigen Art und Weise geschehen kann. Die Durchführung der Suizidbeihilfe in Spitälern und psychiatrischen Kliniken ist abzulehnen. In Heimen, in denen Menschen wohnen und zuhause sind, soll die Leitung zusammen mit dem Behandlungs- und Betreuungspersonal grundsätzlich entscheiden, ob in ihrer Institution Suizidbeihilfe geleistet werden darf. (NEK, 2005) Bei diesem Entscheidungsfindungsprozess sollen sowohl das Gesamtwohl aller Bewohnerinnen als auch die

Gewissensfreiheit des Personals, nicht aber mögliche Ansprüche von Suizidwilligen im Vordergrund stehen. Falls sich die Leitung eines Heims für die Möglichkeit der Suizidbeihilfe in ihrer Institution entscheidet, haben sie für die hierfür notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen für die Vor- und Nachbereitung eines Suizids bereit zu stellen. Selbsttötung ist keine «Instant-Handlung», nach der man wieder zur Tagesordnung übergehen kann. Die Menschen brauchen – wie bei jedem Sterben und Tod – Raum und Zeit, die Ereignisse verarbeiten zu können. Jedes Heim hat auf Anfrage der Menschen, die einen Heimplatz suchen, nach aussen zu kommunizieren, wie es die Suizidbeihilfe regelt. Menschen, die in ein Heim eintreten, sollten bewusst zwischen Heimen wählen können, in denen Suizidbeihilfe zugelassen oder ausdrücklich nicht zugelassen ist. Dies setzt voraus, dass jede Person ihren Heimplatz selbst wählen kann, auch in öffentlichen Heimen.

Gewissensfreiheit des Personals

Suizidbeihilfe ist weder Teil der ärztlichen noch der pflegerischen Tätigkeit. (SAMW, 2004) Das Behandlungs- und Betreuungspersonal kann in seiner professionellen Funktion keine Suizidbeihilfe leisten. Die Freiheit zur Suizidbeihilfe im Sinne eines Gewissensentscheides haben sie an allen anderen Orten, jedoch nicht in der Institution, in der sie angestellt sind. Die gleiche Regelung gilt für freiwillige Helferinnen und Helfer.

Sterbekultur als Teil einer Lebenskultur

Technisierung des menschlichen Lebens und Sterbens

In der modernen Gesellschaft schreitet die «Technisierung des Lebens» in verschiedensten Bereichen voran. So werden auch Lebensanfang und Lebensende zunehmend technisiert. Auch die existenzielle Herausforderung des Todes möchte der moderne Mensch mit technischen Machtmitteln bewältigen. Es besteht die Gefahr der «Technisierung des Sterbens». Entsprechend beschäftigen sich die derzeitigen Diskussionen über Sterbekultur nicht mit den Sterbe- und Trauerumständen, sondern es geht um die technische Frage der Tötung, wann und unter welchen Umständen sie erlaubt werden soll.

Die Errungenschaften der Medizin mit ihren neuen, früher ungeahnten Möglichkeiten der Lebensverlängerung und Lebenserhaltung werden heute durchaus ambivalent erfahren. Die Angst, die Medizin könnte ein nicht mehr heilbares Leiden unerwünscht lange verlängern und dadurch einem guten Sterben zur rechten Zeit im Wege stehen, ist weit verbreitet. Dadurch ist der Ruf nach einem «Recht auf den eigenen Tod» und das Postulat eines «Sterbens in Würde» entstanden.

Sterben in Würde?

Es ist heute zu einem Gemeinplatz geworden, dass man «in Würde sterben» möchte. Gemeint ist damit wohl meist, dass man relativ rasch, ohne grosse Schmerzen und ohne eine längere Phase gänzlicher Pflegeabhängigkeit, wenn möglich ohne Verlust der Fähigkeit zur Selbstbestimmung und ohne durch Demenz bedingte Verwirrung des Bewusstseins in einem stimmigen Umfeld sterben möchte. Es geht also um das, was der Hastings-Report in seinen Zielen der Medizin als «friedliches Sterben» bezeichnet. (Hastings-Report, 2002) Mit dieser allgemeinen Vorstellung werden zwei unterschiedliche Verständnisse von Würde miteinander vermischt, die klar getrennt werden müssen. Einerseits wird impliziert, man könne im Prozess des Sterbens oder durch eine dem Sterben vorausgehende Phase der Multimorbidität, der Pflegeabhängigkeit und des Verlustes körperlicher und geistiger Kräfte seine Würde einbüßen. Andererseits wird in der Formulierung «in Würde sterben» Bezug genommen auf die äusseren Umstände einer Sterbesituation. (Baumann-Hölzle, 2000) So begründete etwa Nationalrat Victor Ruffy 1994 seine Motion zur Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe da-

mit, dass es «unheilbare Krankheiten gebe, welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen». (Arbeitsgruppe Sterbehilfe, 1999: 8) Auch die daraufhin vom Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement eingesetzte Expertenkommission meinte, gerade weil es bei der aktiven Sterbehilfe, also bei der Tötung eines Patienten auf dessen Wunsch hin, «um so Wesentliches wie den Schutz der Menschenwürde geht», (Arbeitsgruppe Sterbehilfe, 1999: 35) die durch eine fortschreitende Krankheit beeinträchtigt werden könnte, sei von einer Bestrafung aktiver Sterbehelfer abzusehen.

Die fehlende Unterscheidung der unterschiedlichen Würdebegriffe in der Rede vom «würdevollem Sterben» ist ethisch problematisch, weil der *normative* Begriff der *inhärenten Menschenwürde*, die jedem Menschen als Menschen eigen und – unabhängig von äusseren Umständen und vorhandenen Fähigkeiten – unverlierbar ist, mit der *empirischen* Vorstellung einer *verlierbaren Lebensqualität*, die durch zufällige gesundheitliche Zustände, persönliche Fähigkeiten oder durch äussere Umstände bestimmt ist, vermischt werden. (Baumann-Hölzle, 2003) Ob ein Mensch nach einem erfüllten Leben, körperlich noch rüstig und geistig klar zu Hause friedlich einschläft oder ob er inkontinent geworden, geistig verwirrt und seiner Fähigkeit zur Selbstbestimmung verlustig gegangen nach mehrjährigem Pflegeheimaufenthalt in einem langen Sterbekampf stirbt, macht zwar auf der Ebene der Lebensqualität einen grossen Unterschied; im Blick auf die Menschenwürde des jeweils Sterbenden besteht allerdings zwischen beiden Sterbesituationen keinerlei Unterschied. Es gibt eben – entgegen der Meinung von Nationalrat Victor Ruffy – keine Krankheiten, welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen beeinträchtigen. Die Würde des Menschen ist in dem Sinne unantastbar, dass ein Mensch sie nie verliert. Jeder Mensch behält immer seinen Würdeanspruch. Der Würdeanspruch ist mit dem Menschsein gegeben. Die Würde eines Menschen zu verletzen ist immer ein schweres Vergehen, in welchem Zustand ein Mensch sich auch immer befindet. Dies bedeutet: Ein Mensch kann im Sterben seine Würde nicht verlieren, wie und unter was für Umständen er auch konkret stirbt. Man kann allerdings einen Menschen unwürdig behandeln. Oder ein Mensch kann sich in unwürdigen Lebensumständen befinden. Er selber, sein eigenes Leben, wird damit aber keinesfalls unwürdig in dem Sinn, dass wir seine Würde nicht mehr zu achten hätten. (Baumann-Hölzle, 2003)

Der ethische Gesichtspunkt der Würde ist deshalb im Kontext eines Sterbeprozesses nicht auf die Qualität des Zustandes oder Verhaltens des Sterbenden zu beziehen, sondern vielmehr auf die Art, wie Ärzteschaft, Pflegenden und Angehörige mit der sterbenden Person umgehen. Hier ist es wesentlich, einen sterbenden Menschen so zu begleiten und zu betreuen, dass alles Handeln von einem tiefen Respekt vor dessen unverlierbarer Men-

schenwürde geprägt ist. Es geht also unter ethischem Gesichtspunkt nicht um die Würde, mit der ein Mensch stirbt, sondern um das der Würde gemässe, d.h. von Respekt vor der Würde des Sterbenden geprägte, Verhalten in der Begleitung von Sterbenden.

Ein Mensch ist nie unwürdig, aber kann unter unwürdigen Umständen leben und sterben. Von dieser Unterscheidung hängt ab, ob die Rede von der Würde beim Sterben ihr befreiendes, entlastendes Potenzial entfaltet, oder ob sie unter der Hand zu einem unmenschlichen Leistungsdruck verkommt, «würdig» sterben zu müssen. Dadurch geraten besonders Menschen unter Druck, die unter der Fragilität und Begrenztheit ihres Lebens ohnehin schon zu leiden haben. (Ethische Probleme am Lebensende, 2004)

Sterbekultur

Der vielfältige und vielschichtige Prozess menschlichen Sterbens geschieht nicht einfach – gleichsam naturgesetzlich – von selbst. Angesichts des Anspruchs auf Würde bedarf der Prozess des Sterbens und des Abschiednehmens in einer Gesellschaft einer bewussten Klärung und Gestaltung. Dies ist eine kulturelle Leistung, die von einer Gesellschaft und ihren Institutionen immer neu getragen, ethisch reflektiert und kultiviert werden muss. Eine Sterbekultur hilft dem einzelnen, die Sterbephase seines Lebens so gut wie möglich zu erfahren und stellt ihm dafür Rahmenbedingungen und Unterstützung zur Verfügung. Fragen wir aus spezifisch ethischer Sicht nach einer Sterbekultur, so geht es darum, wie in unserer Gesellschaft, in einem Spital oder in einem Heim die Bedingungen des Sterbens so gestaltet werden können, dass sie dem Menschen und seiner Würde gemäss sind und dem Anspruch gerecht werden, der aus der inhärenten Würde jedes Menschen erwächst: im Leben und im Sterben würdig, respektvoll und human behandelt zu werden. Nimmt man die Würde des Menschen ernst, kann man sich dem Anspruch und damit der Verantwortung nicht entziehen, das Notwendige vorzukehren, damit sich menschliches Sterben nicht einfach als ein Verenden vollzieht. Anzustreben ist ein Sterben, das eines Menschen würdig ist, seinem individuellen Lebensentwurf entspricht und seinem sozialen Eingebundensein gerecht wird. Sterben ist ein Teil des Lebens. In einer Sterbekultur zeigt sich, wie es um die Lebenskultur einer Gemeinschaft oder einer Institution bestellt ist. Denn die *ars moriendi*, die Sterbekultur, ist Teil einer *ars vivendi*, einer Lebenskultur. (Ethische Probleme am Lebensende, 2004)

Eine Sterbekultur stellt den Anspruch, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es allen Beteiligten ermöglichen, den Tod als natürlichen Teil des Lebens anzunehmen und nicht zu verdrängen, ihren Bedürfnissen entsprechend Abschied zu nehmen und Sterbende mit

Professionalität und Humanität auf ihrem letzten Weg zu begleiten. Eine Sterbekultur verlangt in einer Gesellschaft auch eine ethische, politische und rechtliche Verständigung darüber, welcher Respekt, welcher Schutz und welche Solidarität Sterbenden zustehen soll. Um diese Verständigung muss es bei der Diskussion um Sterbehilfe gehen.

Sterbehilfe: Hilfe *beim* Sterben oder Hilfe *zum* Sterben – Unterscheidung zwischen *passiver* und *aktiver* Sterbehilfe

Begriffsklärung

In der Debatte rund um die Sterbehilfe werden die Begriffe unterschiedlich verwendet und interpretiert. Die Art der Verwendung ist Ausdruck einer bestimmten Haltung der Sterbehilfe gegenüber: Sie kann Hilfe beim Sterben oder Hilfe zum Sterben sein. Die folgende Begriffsklärung orientiert sich an der Art des Einsatzes, respektive Unterlassens von lebenserhaltenden Massnahmen auf der einen Seite, und an der bewussten und absichtlichen Verkürzung des menschlichen Lebens auf der anderen Seite. Sowohl der Einsatz lebenserhaltender Massnahmen über das einem Menschen angemessene Mass hinaus, als auch die absichtliche Verkürzung respektive Tötung menschlichen Lebens erachten wir als überzogene Anwendung menschlicher Verfügungsmacht über menschliches Leben und Sterben.

Hilfe *beim* Sterben: Passive Sterbehilfe

Zur so genannten passiven Sterbehilfe werden auch aktive Handlungen gezählt, solange es sich dabei um die Einschränkung menschlicher Verfügungsmacht über Leben und Sterben handelt. So wird auch das Abstellen eines Beatmungsgerätes – eine an sich aktive Handlung – der passiven Sterbehilfe zugeordnet. Die passive Sterbehilfe ist in der Schweiz rechtlich nicht geregelt, aber allgemein akzeptiert. Aus dieser Perspektive werden folgende Handlungen darunter verstanden:

1. Sterbebegleitung

Unter Sterbebegleitung versteht man die physische und psycho-soziale Begleitung eines sterbenden Menschen. Dazu gehört auch die Palliative Care, welche in ihrer ursprünglichen Bedeutung soviel heisst wie: Den Mantel schützend um jemanden legen.

2. Behandlungsverzicht (Unterlassen einer Handlung)

Auf eine mögliche lebenserhaltende Massnahmen wird bewusst verzichtet, weil sie dem Patienten nicht mehr angemessen ist, obwohl sie noch möglich wäre.

3. Behandlungsabbruch (Einstellen einer Handlung, die bisher erbracht wurde)

Eine laufende lebenserhaltende Massnahme wird eingestellt, weil sie dem Patienten nicht mehr angemessen ist.

4. Handlung mit doppelter Wirkung

Bei der Handlung mit doppelter Wirkung werden Schmerzmittel auch auf die Gefahr hin eingesetzt, dass sie den Sterbeprozess des Patienten beschleunigen. Diese Handlungen mit doppelter Wirkung werden auch als *indirekte* oder *indirekte aktive* Sterbehilfe bezeichnet. Solange aber Schmerzmittel mit der Absicht der Schmerzlinderung und nicht der Tötung verabreicht werden, wird der Tod dabei wie bei der passiven Sterbehilfe in Kauf genommen. Da nach wie vor aus Angst, den Patienten zu töten, vielerorts zu wenig Schmerzmittel zur Schmerzlinderung verabreicht werden, ist die Begriffsverwendung der «indirekt aktiven Sterbehilfe» für die Sterbenden nachteilig und wir bevorzugen den Ausdruck «Handlung mit doppelter Wirkung».

Ein wichtiges Instrument im Kontext der passiven Sterbehilfe ist die Patientenverfügung. (Dialog Ethik, 2004) Eine solche Verfügung – verfasst in gesunden Tagen – bietet wichtige Hinweise für die Ermittlung des mutmasslichen Patientenwillens, falls die betroffene Person ihre Autonomie nicht mehr wahrnehmen kann. Eine Patientenverfügung kommt dem tatsächlichen Willen eines Menschen umso näher, je aktueller sie ist und je genauer sie die Situation vorwegnimmt, in der sich der nicht urteilsfähige Patient oder die nicht urteilsfähige Patientin befinden. Eine solche Patientenverfügung ist von einer Vorsorgeverfügung zu unterscheiden. Letztere dient dazu, die Entscheidungsbefugnis einer Vertrauensperson zu übertragen. Patientenverfügungen dienen aber nicht nur dem Zweck, den Willen eines Menschen optimal wiederzugeben. Vielmehr geht es um die Bereitschaft zur persönlichen Auseinandersetzung mit Leben und Sterben. Diese Auseinandersetzung gehört zum menschlichen Reifungsprozess. Eine Patientenverfügung kann aber nicht isoliert als «Letztentscheidungs-instrument» verwendet werden, zumal eine solche Verfügung den konkreten Fall immer nur annähern kann.

Hilfe zum Sterben: Aktive Sterbehilfe

Bei der aktiven Sterbehilfe handelt es sich immer um eine Tötung des Sterbenden, sei dies die Selbsttötung oder die Tötung auf Verlangen. Die Selbsttötung und die Beihilfe zur Selbsttötung sind in der Schweiz rechtlich zulässig. Die Tötung auf Verlangen hingegen ist verboten.

1. Selbsttötung

1.1. Suizid

Beim Suizid verhilft sich ein Mensch selber zum Tod. In der Schweiz ist die Möglichkeit des Suizids als ein Akt der persönlichen Freiheit eines Menschen zugelassen. Trotzdem wird Suizidprävention betrieben und es kann bei suizidaler Selbstgefährdung ein fürsorglicher Freiheitsentzug veranlasst werden, wenn der Suizid nicht als Ausdruck der Autonomie respektive der persönlichen Freiheit angesehen werden kann.

1.2. Beihilfe zum Suizid

Beihilfe zum Suizid ist im Falle unheilbarer Leidenssituationen in der Schweiz erlaubt, solange die Suizidbeihilfe nicht aus eigennützigen Motiven geschieht. Diese Freiheit hat 1918 Eingang in die schweizerische Gesetzgebung gefunden und zwar sollte Suizidbeihilfe im Kontext einer Freundschaft rechtlich nicht verfolgt werden. (Rehmann-Sutter, 2005) Auf dieser Grundlage rechtfertigen Sterbehilfeorganisationen ihre Aktivitäten.

2. Fremdtötung

2.1. Tötung auf Verlangen

Bei der Tötung auf Verlangen ist der ausdrückliche Tötungswunsch des Sterbenden Bedingung. In der Schweiz wird diesbezüglich seit Jahren eine Liberalisierung diskutiert. (vgl Motion Ruffy und Parlamentarische Initiative Cavalli) Die Tötung auf Verlangen wird mit dem Argument des möglichen Würdeverlustes durch einen irreversiblen Krankheitsverlauf und durch den Autonomieanspruch eines Menschen, selber über sein Leben und Sterben verfügen zu können, begründet.

2.2. Tötung ohne explizites Verlangen

Die Tötung eines Menschen ohne dessen explizites Verlangen beruht auf dem Fremdurteil desjenigen, der die Tötung ausführt, über die Lebensqualität, den Lebenswert und Lebenssinn des Patienten oder der Patientin, die getötet wird.

Die ethische Frage von Tun und Unterlassen

«Heiligkeit des Lebens» und Anspruch auf Selbstbestimmung

Die traditionelle Ethik in Medizin und Pflege orientierte sich am Grundsatz der «Heiligkeit des Lebens». In der heutigen Praxis kann dies zum *technischen Imperativ* führen, demgemäss immer alle zur Verfügung stehenden lebenserhaltenden Massnahmen bei einem Patienten einzusetzen sind. Nicht der Patientenwille bestimmt dabei das Handeln, sondern das technisch Machbare: Der Patient wird dabei als moralisches Subjekt missachtet und wird zum Objekt medizinischen und pflegerischen Handelns. Dies jedoch widerspricht der Menschenwürde, welche die Instrumentalisierung eines Menschen verbietet. Ein Mensch muss deshalb grundsätzlich gefragt werden, wenn an oder mit ihm eine Handlung vollzogen wird. Dies gilt auch für lebenserhaltende Massnahmen: Therapeutische Massnahmen sind von Rechts wegen ein Eingriff in die persönliche Integrität eines Menschen. Die informierte Zustimmung der Patientin oder des Patienten heben dabei den Tatbestand der Körperverletzung von invasiven Massnahmen nicht auf, sondern nur deren Widerrechtlichkeit. Der Patient soll darüber bestimmen können, ob eine Handlung ausgeführt oder unterlassen wird. Dabei werden in der Schweiz der Behandlungsverzicht und der Behandlungsabbruch allgemein akzeptiert.

Debattiert werden hingegen zwei Fragen: Einmal die Frage, ob ein ethisch relevanter Unterschied besteht zwischen Behandlungsverzicht als rein passive Handlung, bei der man die Krankheit einfach ihren natürlichen Verlauf nehmen lässt, und Behandlungsabbruch, bei dem zuerst etwas getan wird (nämlich das Abbrechen der bisherigen Behandlung, z.B. das Abstellen der künstlichen Beatmung oder Ernährung), bevor man den weiteren Krankheitsverlauf ungehindert zulässt. Sieht man zwischen Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch keinen ethisch relevanten Unterschied, wird man beides als eine Form von passiver Sterbehilfe ansehen. Sieht man zwischen diesen beiden Varianten einen deutlichen Unterschied, wird man dazu neigen, Behandlungsverzicht als Ausdruck passiver Sterbehilfe zu interpretieren. Darauf aufbauend wird die Frage diskutiert, ob der Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen als einer Form von aktiver Sterbehilfe und den verschiedenen Formen von passiver Sterbehilfe ethisch von Belang sei, obwohl doch die Motivation zur entsprechenden Handlung (oder Nicht-Handlung) und deren letztendliche Folge (der Tod des Patienten) identisch sind.

Handlungen sind einerseits das Ergebnis einer individuellen Motivation, einer Entscheidung und eines Tuns, andererseits ihrer Vernetzung mit anderen Handlungsfeldern und des konkreten Kontextes, in dem sie stehen. Der Entscheid, eine Handlung zu unterlassen, kann deshalb nicht nur vom Endergebnis her beurteilt werden, sondern es gilt auch alle anderen Aspekte zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass bei der Frage nach der Sterbehilfe eine Handlung nicht nur vom Ausgang der Handlung her beurteilt werden kann, indem man sagen würde, es bestehe kein Unterschied, ob man einen Menschen töte oder eine lebenserhaltende Massnahme unterlasse, denn in beiden Fällen sei der Mensch tot. Es ist etwas Anderes, ob man jemanden bewusst tötet und damit (die eigene) Handlungsmacht ausdehnt, oder ob man auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet und damit Handlungsmacht einschränkt. Die Motivation einer Handlung beeinflusst die Handlungskultur grundsätzlich.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist deshalb das Versterben eines Menschen nur dann die Folge einer unterlassenen Hilfeleistung, wenn gegen den Willen des Sterbenden oder Sterbewilligen auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird. Geschieht dieses Unterlassen jedoch aufgrund des Willens oder des mutmasslichen Willens, so ist das Zulassen des Sterbeprozesses darum keine unterlassene Hilfeleistung, weil der Sterbende die lebensverlängernden Massnahmen gar nicht als Hilfe versteht bzw. verstehen würde, sondern selber bewusst und autonom davon absehen will.

Entscheidungsfindung am Lebensende im heutigen Kontext

Tötung als einforderbare Handlungsmöglichkeit?

Die Grundrechte der demokratischen Gesellschaften basieren vorverfassungsmässig auf dem Würde- und Autonomieanspruch jedes Menschen. Dieser Anspruch ist mit dem Menschsein existentiell gegeben und unverlierbar. Er begründet die Menschenrechte. Der unbedingte Autonomie- und Würdeanspruch steht jedem Menschen uneingeschränkt und unabhängig von seinen konkreten Autonomiefähigkeiten zu. Danach darf ein Mensch nicht als blosses Mittel instrumentalisiert werden. Mit diesem Grundanspruch gerät der säkulare Staat bezüglich dem Wunsch nach Selbsttötung, auf Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen in ein ethisches Dilemma: Auf der individualethischen Ebene steht der Anspruch des Individuums, die Freiheit zur direkten Güterabwägung mit dem eigenen Leben zu haben. Auf der sozialetischen Ebene steht die Pflicht des Staates, Leben zu schützen und nur indirekte Güterabwägungen mit menschlichem Leben zuzulassen (z.B. Risikotoleranz beim Verkehr). In der Schweiz hat jeder Urteilsfähige die Freiheit zur Selbsttötung und nach Artikel 115 StGB zur Suizidbeihilfe, wenn letztere nicht aus selbstsüchtigen Motiven geschieht. Es gibt deshalb die Freiheit zum Suizid und zur Suizidbeihilfe. Weder der Suizid noch die Suizidbeihilfe sind aber ein Recht und können deshalb vom Staat auch nicht eingefordert werden. Diese Unterscheidung zwischen öffentlichem Raum der Gesellschaft (sozialetische Ebene) und privatem, persönlichem Bereich einer Person (individualethische Ebene) ist bei der Regelung der Sterbehilfe zentral.

Wieweit der persönliche Freiraum gehen soll, ist aufgrund von sozialetischen Güterabwägungen zu erschliessen, damit einerseits ein fairer Ausgleich der verschiedenen Freiheitsansprüche garantiert und andererseits gesellschaftliche Solidarität mit denjenigen Gesellschaftsgliedern garantiert ist, welche ihre Freiräume nicht (mehr) selbst einfordern oder gar wahrnehmen können. Der Staat ist nicht nur der Freiheit, sondern auch dem Schutz seiner Mitglieder verpflichtet. Bis anhin bestand in vielen Ländern dahingehend ein Konsens, dass Tötung auf Verlangen aus Schutzgründen abzulehnen sei. Dieser Konsens ist derzeit in Frage gestellt. Für die Frage der Tötung auf Verlangen oder sogar Fremdtötung aus Mitleid bedarf es offensichtlich einer neuen gesellschaftlichen Konsensfindung mittels einer sozialetischen Güterabwägung. Dabei müssen die derzeitige Situation der Sterbenden, die bisherigen Erfahrungen

mit der Fremdtötung und der gesamtgesellschaftliche Kontext in die sozialetische Urteilsbildung mit einbezogen werden.

Die Frage nun, ob der Tötungswunsch des Individuums nur eine Freiheit oder sogar ein staatlich einforderbares Recht sein soll, ist Gegenstand einer Klugheitsabwägung. Dabei ist zu bedenken, dass mit dem Recht auf Tötung die Tötungshandlung zu einer gesellschaftlich akzeptierten Handlung, zu einer prinzipiell gängigen Problemlösung auf der sozialetischen Ebene würde. Die Kernfrage ist nun, ob dadurch die Freiheit anderer Menschen unter Druck gerät. Die Frage der Zulassung der Tötungsoption auf Verlangen ist deshalb eine rein sozialetische Fragestellung, bei der das soziale Risiko für schwache Menschen gegenüber der Tötungseinforderung von Suizidwilligen abzuwägen ist.

In Europa wird die Tötung eines Menschen durch einen anderen heute generell und in jedem Fall (ausser bei Notwehr, aber auch diese Ausnahme wird restriktiv gehandhabt) abgelehnt. Auch in denjenigen Ländern, wie z.B. die Niederlande, welche in speziellen Fällen von Tötung auf strafrechtliche Verfolgung verzichten, halten am Tötungsverbot fest. Diese strikte Linie verfolgen wir unter anderem vor dem Hintergrund von Lehren, die wir aus der Vergangenheit gezogen haben. Viele Verirrungen in der europäischen Geschichte und in der Weltgeschichte überhaupt wären unmöglich gewesen, wenn man generell die Ablehnung von Tötung eines Menschen durch einen anderen konsequent festgehalten hätte. Diese geschichtlichen Erfahrungen unterstreichen die enorm hohe sozialetische Bedeutung dieses zugleich sehr einfachen und leicht überprüfbaren wie auch durchsetzbaren Prinzips. Es müssten sehr gewichtige Gründe gefunden werden, um eine Aufweichung dieser Grundorientierung in demokratisch verfassten Staaten plausibel erscheinen zu lassen. Dies umso mehr, als jeder Mensch die Möglichkeit hat, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden.

Gesellschaftliche Zwänge und Tendenzen

Unserer Ansicht nach entsteht durch die Zulassung der Tötungsoption auf der sozialetischen Ebene die ernst zu nehmende Gefahr, dass die Tötungsoption von gesellschaftlichen, ökonomischen und zwischenmenschlichen Zwängen vereinnahmt wird. In den Niederlanden geben bereits 15% der Menschen, welche Tötung auf Verlangen einfordern, an, dies deshalb zu tun, weil sie ihren Angehörigen nicht zur Last fallen wollen. (George et al, 2005; Onwuteaka-Philipsen et al, 2005) Menschliche Verfügungsmacht besitzt demnach eine innere Tendenz zur Ausweitung. Die oben genannten Studien über die Erfahrungen mit der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden belegt, dass bereits eine solche Ausweitung stattfindet. So zeichnet sich dort die Entwicklung ab,

die Fremdtötung auf weitere Patientengruppen ausdehnen und Fremdtötungen auch ohne deren Zustimmung vornehmen zu wollen. Auch in der Schweiz findet in insgesamt 0.4% aller Todesfälle eine Tötung ohne Verlangen statt. (Faisst et al, 2003)

Aus Raum- und Zeitmangel besteht heute oft nicht die Möglichkeit, bei der Frage nach dem Unterlassen oder Abbrechen von medizinischen Massnahmen eine angemessene medizinethische Güterabwägung durchzuführen. Wenn schon über passive Sterbehilfe oft ohne genauere Beschäftigung mit der spezifischen Situation entschieden wird (zustimmend, ablehnend oder durch aufschiebende Nicht-Entscheidung), wie sollte in diesem Kontext die schwerwiegende Frage der aktiven Sterbehilfe, der irreversiblen Handlung einer Fremdtötung angemessen abgewogen werden können? Angesichts der Ausweitungsgefahr und der Instrumentalisierung der Tötungsoption zur Lösung von gesellschaftlichen Herausforderungen, wie z.B. dem zunehmenden Pflegebedarf, lehnen wir deshalb die Tötung auf Verlangen grundsätzlich ab.

Suizid und Beihilfe zum Suizid

Wir respektieren hingegen die Freiheit zum Suizid und die Möglichkeit der Suizidbeihilfe als *private* Handlungen von Menschen, so wie sie in der Schweiz gesetzlich festgelegt sind. Die Option der Tötung soll jedoch nicht in den öffentlichen Raum eindringen.

Die Unterscheidung zwischen sozialem und individualetischem Ebene führt bei den Suizidhilfeorganisationen zu einem Problem: Als öffentliche Organisationen sind sie dem sozialem und nicht dem individualetischen Raum zuzuordnen. Als solche müssten sie vom Staat beaufsichtigt und Sorgfalsregeln unterstellt werden. Umgekehrt führen solche staatliche Regelungen im Sinne einer Legitimierung zu einer Legalisierung. Suizidbeihilfe wird dann zum Anspruchsrecht und die Option der Tötung eine öffentliche Handlung. Dies wiederum führt zu einem ethischen Dilemma auf sozialem Ebene, denn der Staat ist per se dem Schutz des menschlichen Lebens verpflichtet und Tötung darf für den Staat nie eine Option für Problemlösungen sein.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen schlagen wir für den Umgang mit Sterbehilfeorganisationen folgendes Vorgehen vor: Der Suizid und die Beihilfe zum Suizid sind Handlungen auf der individualetischen Ebene. Es ist Aufgabe des Staates zu überprüfen, ob die Suizidbeihilfe gemäss Art. 115 StGB ohne selbstsüchtige Motive ausgeübt worden ist. Diesbezüglich besteht derzeit in Bezug auf die Sterbehilfeorganisationen Handlungsbedarf. Hier könnte die Regelung, dass alle in einer Sterbehilfeorganisation tätigen Personen

für ihre Handlungen nicht entlohnt werden dürfen, Klarheit schaffen. Hingegen ist es nicht Aufgabe des Staates, Sorgfalsregeln für Sterbehilfeorganisationen für die Durchführung des Suizid und der Suizidbeihilfe zu erlassen. Staatlich zertifizierte Sterbehilfeorganisationen sind abzulehnen. Es ist Aufgabe des Staates, gute Lebensbedingungen zu schaffen, die den Lebenswillen der Menschen stärken. Dazu gehört auch die Aufgabe der Suizidprävention. Es stimmt nachdenklich, dass die Schweiz bezüglich der Anzahl der Suizide weltweit einen Spitzenplatz einnimmt.

In öffentlichen Institutionen ist den Sterbehilfeorganisationen der Zutritt auf Einladung des Suizidwilligen selbst zu gewähren, damit ein Suizid geplant werden kann. Es ist die Verantwortung der Sterbehilfeorganisationen, Sorgfalsregeln für die Durchführung des Suizids und der Suizidbeihilfe zu formulieren und sowohl den Transport des Suizidwilligen als auch den Ort der Zulassung des Suizids so zu gestalten, dass die Handlung der Selbsttötung in einer für die beteiligten Menschen stimmigen Art und Weise geschehen kann. Die Durchführung der Suizidbeihilfe in Spitälern und psychiatrischen Kliniken ist abzulehnen. Die bedeutet jedoch nicht, dass dem einzelnen Patienten die Freiheit zum Suizid verwehrt werden soll. Suizidbeihilfe kann eine Sterbehilfeorganisation leisten, wenn sie den Patienten an einen Ort ausserhalb des Spitals bringt.

Heime sind von Spitälern insofern zu unterscheiden, als sie in der Regel Wohnort und Zuhause der Bewohner sind und nicht nur vorübergehende Aufenthaltsorte darstellen. Aus diesem Grund ist eine eindeutige Trennung zwischen öffentlichem (sozialem bestimmtem) und privatem (individualetischem bestimmtem) Raum schwierig. In Heimen sollen deshalb die Heimleitungen zusammen mit dem Behandlungs- und Betreuungspersonal grundsätzlich entscheiden, ob in ihrer Institution Suizidbeihilfe geleistet werden können soll oder nicht. (NEK, 2005) Bei diesem Entscheidungsfindungsprozess sollen sowohl das Gesamtwohl aller Bewohner als auch die Gewissensfreiheit des Personals, nicht aber mögliche Ansprüche von Suizidwilligen im Vordergrund stehen. Falls sich die Leitung eines Heims für die Möglichkeit der Suizidbeihilfe in ihrer Institution entscheidet, hat sie für die hierfür notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen für die Vor- und Nachbereitung eines Suizids bereit zu stellen. Selbsttötung ist keine «Instant-Handlung», nach der man wieder zur Tagesordnung übergehen kann. Die Menschen brauchen – wie bei jedem Sterben und Tod – Raum und Zeit die Ereignisse verarbeiten zu können. Jedes Heim hat auf Anfrage der Menschen, die einen Heimplatz suchen, nach aussen zu kommunizieren, wie es die Suizidbeihilfe regelt. Menschen, die in ein Heim eintreten, sollten bewusst zwischen Heimen wählen können, in denen Suizidbeihilfe zugelassen oder ausdrücklich nicht zugelassen ist. Dies setzt voraus, dass jede Person ihren Heimplatz selbst wählen kann, auch in öffentlichen Heimen.

Gewissensfreiheit des Personals

Suizidbeihilfe ist weder Teil der ärztlichen noch der pflegerischen Tätigkeit. (SAMW, 2004) Das Behandlungs- und Betreuungspersonal kann in seiner professionellen Funktion keine Suizidbeihilfe leisten. Es hat die Freiheit zur Suizidbeihilfe im Sinne eines Gewissensentscheides an allen anderen Orten, jedoch nicht in der Institution, in der sie angestellt sind. Die gleiche Regelung gilt für freiwillige Helferinnen und Helfer. Die Organisation des Suizids liegt ganz in der Verantwortung des Suizidwilligen.

Selbstbestimmter Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht

Eine Alternative gegenüber der Beihilfe zum Suizid und zur Fremdtötung auf Verlangen ist der selbstbestimmte und ganz bewusst gewählte Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht. Wenn Patienten künstlich, d.h. mit einer Magensonde oder über eine Infusion ernährt und mit Flüssigkeit versorgt werden, bedeutet selbstbestimmter Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht, diese medizinische Massnahme einzustellen. Im Falle normaler Ernährung bedeutet es, aus eigenem Willen nicht mehr zu essen und zu trinken. Untersuchungen in Oregon haben gezeigt, dass Menschen in der Folge sehr friedlich versterben. (Ganzini et al 2003; Jacobs 2003) Der Tod ist in dieser Situation nur vom Sterbewilligen selbst zu verantworten. Der Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht ist keine Tötung, sondern in diesem Falle eine vom Patienten gewünschte extreme Form des Unterlassens von lebenserhaltenden Massnahmen. Der Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht ermöglicht das selbstbestimmte Sterben, ohne dass eine eigentliche Tötung im gesellschaftlichen Handlungskontext akzeptiert werden muss, wie dies bei der Beihilfe zum Suizid und der Fremdtötung der Fall ist. Menschen, die an die Grenze des für sie erträglichen Leidens gekommen sind und wiederholt Suizidwünsche äussern, sollen deshalb über die Möglichkeit des Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts als äusserste Form passiver «Sterbehilfe» informiert werden. Dies jedoch erst, wenn genau abgeklärt worden ist, dass dieser Sterbewunsch nicht aufgrund von mangelhafter Behandlung oder Betreuung oder gar auf Druck des direkten Beziehungsumfeldes eines Menschen formuliert worden ist. Es kann jedoch nicht genug betont werden, dass auch bei dieser Möglichkeit des selbst gewählten Sterbens die Gefahr der gesellschaftlichen Zwänge im Hintergrund lauert, wonach sich Menschen plötzlich gezwungen sehen könnten auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, weil sie der Gesellschaft nicht zur Last fallen wollen. Eine Gesellschaft aber ist nur human, wenn sie gerade auch behinderten, pflegebedürftigen, kranken und sterbenden Menschen die notwendigen Ressourcen an Pflege, Raum und Zeit zur Verfügung stellt.

Selbstbestimmter Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht hat den grossen Vorteil der Reversibilität während einer bestimmten Zeit. Die Patientin oder der Patient hat die Möglichkeit, die Entscheidung umzustossen und wieder Nahrung und Flüssigkeit zu beanspruchen bzw. zu sich zu nehmen. Die Sicherheit, keinen Irrtums und keine Missachtung des Willens der Patientin oder des Patienten zu begehen, ist im Vergleich zur Beihilfe zum Suizid oder gar zur Fremdtötung um Grössenordnungen höher.

Für die fruchtbare Auseinandersetzung zum Thema bedanken wir uns beim Vorstand und beim Institutsteam.

Literatur

Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1999): Sterbehilfe. Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement, März 1999.

Ethische Probleme am Lebensende (ohne Autor) (2004): Basistext Baustein 4 der Dokumentation des Nachdiplomkurses «Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen» des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen, Dialog Ethik, des Instituts Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Nordwestschweiz und des interdisziplinären Instituts für Ethik und Menschenrechte der Universität Fribourg.

Baumann-Hölzle R (2003): Autonomie als Verantwortung. In: M Mettner, R Schmitt-Mannhart: Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende, NZN, Zürich: 229–245.

Baumann-Hölzle R (2000): Gelungenes Altwerden und Sterben im Spannungsfeld von Macht und Menschenwürde. In M Mettner: Wie menschenwürdig sterben? NZN, Zürich: 71–82

Baumann-Hölzle R (1990): Human-Gentechnologie und moderne Gesellschaft, Zürich.

Bosshard G et al. (2005): Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht in sechs europäischen Ländern: Resultate der EURELD/MELS-Studie. *PrimaryCare* 5(39): 799–802.

Bosshard G et al. (2005): Forgoing Treatment at the End of Life in 6 European Countries. *Arch Intern Med.* 165: 401–407.

Dialog Ethik (2004): Patientenverfügung: Thema im Fokus Ausgabe Nr. 56, Oktober 2004

Faisst K et al. (2003): Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. *Schweizerische Ärztezeitung* 84(32/33): 1676–1678.

Ganzini L et al. (2003): Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. *N Engl. J. Med.* 349: 359–356.

George RJD et al. (2005): Legalised euthanasia will violate the rights of vulnerable patients. *British Medical Journal* 331: 684–685.

Gronemeyer M (1993): Das Leben als letzte Gelegenheit. Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit, Darmstadt.

Hastings-Report (2002): Die Ziele der Medizin. In: Stauffacher W, Bircher J: *Zukunft Medizin Schweiz*. Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, 2002.

Jacobs S (2003): Death by Voluntary Dehydration – What the Caregivers Say. *N Engl. J. Med.* 349: 325–327.

NEK-CNE – Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2005): Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme 9/2005.

Onwuteaka-Philipsen BD et al. (2005): Dutch experience of monitoring euthanasia. *British Medical Journal* 331: 691–693.

Rehmann-Sutter C (2005): Die Stellungnahme der NEK. Vortrag im Rahmen der Tagung *Wie weiter mit der Suizidbeihilfe? – Wege einer Regulierung in der Schweiz der Paulus-Akademie vom 25. November 2005.*

SAMW – Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2004): *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*



DIALOG ETHIK

Interdisziplinäres Institut für Ethik
im Gesundheitswesen

Sonneggstrasse 88
8006 Zürich
Telefon 044 252 42 01
Fax 044 252 42 13
www.dialog-ethik.ch

© DIALOG ETHIK, Zürich, 2005
Druck: OnShop, Zürich
Printed in Switzerland
ISBN-10: 3-905757-01-X
ISBN-13: 978-3-905757-01-9