

Die Achtung der Menschenwürde und der Menschenrechte bei der Begleitung Sterbender – Überlegungen zur Sterbehilfe in der Schweiz

Markus Zimmermann-Acklin¹

Die Berufung auf die Achtung der Menschenwürde ist in den Sterbehilfedebatten allgegenwärtig. Geht es um die besonders umstrittenen Formen wie die Beihilfe zum Suizid oder die Tötung auf Verlangen, berufen sich gar Befürworter *und* Gegner darauf: Einschlägig ist Hans Küngs Plädoyer zugunsten der aktiven Sterbehilfe, das 1995 unter dem Titel „Menschenwürdig sterben“ erschienen ist. Ebenso bekannt ist die Betonung bei Gegnern, beispielsweise dem katholischen Lehramt, das davon ausgeht, die Wahrung der Menschenwürde im Sterben sei gleichzusetzen mit einem strikten Tötungs- und auch Selbsttötungsverbot.

Ich möchte im Folgenden nicht den theoretischen Fundamenten der Menschenwürde nachgehen, auch wenn das sehr verlockend wäre. Vielmehr werde ich der Themenstellung entsprechend einige Schlaglichter auf die Praxis und Debatte der Sterbehilfe in der Schweiz werfen. Dies soll in vier Schritten geschehen: Zunächst werde ich die zentrale Frage der Sterbehilfediskussionen und einschlägige Antworten darauf formulieren. Anschliessend werfe ich Schlaglichter auf Praxis und Regelung der Sterbehilfe in der Schweiz, um dann wenigstens kurz auf Funktionen und Deutungen des Menschenwürdeprinzips einzugehen. Am Schluss stelle ich dann – analog zur Einführung – einige mir wichtige Orientierungspunkte.

1. Die zentrale Frage und drei Antworten

Die zentrale Frage der Sterbehilfedebatten lautet: Was heisst heute, gut zu sterben? Was können wir

dazu beitragen, dass wir würdig, anständig, einen guten (*eu*) Tod (*thanatos*) sterben?

Und drei einschlägige Antworten lauten heute: Erstens wird eine Intensivierung und Etablierung der Palliative Care gefordert. Zweitens wird ein massvoller, angemessener Umgang mit den medizinischen Mitteln verlangt, die in zunehmendem Mass zur Verfügung stehen; im Blick sind dabei der Behandlungsverzicht und -abbruch bzw. die Verhinderung des *acharnement thérapeutique*, des therapeutischen Übereifers. Drittens werden die Etablierung, d.h. konkret eine gesetzliche Regelung der Beihilfe zum Suizid und die Strafbefreiung der Tötung bzw. Lebensbeendigung auf Verlangen thematisiert. Bei dieser dritten Reaktion steht gegenwärtig insbesondere die Rolle der Sterbehilfegesellschaften zur Debatte, insofern diese in der Schweiz im Bereich der Suizidbeihilfe einen grossen Teil der Aufgaben übernehmen, welche in z.B. in Belgien oder den Niederlanden von Ärztinnen und Ärzten ausgeübt werden.

2. Einblicke in die gegenwärtige Praxis und Regelung der Sterbehilfe in der Schweiz

Einblicke in die Praxis der medizinischen Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz ermöglichen die Ergebnisse der EURELD-Studie, in deren Rahmen erstmals vergleichbare Daten aus sechs europäischen Ländern erhoben und 2003 veröffentlicht wurden. Natürlich können diese Angaben nur als ungefähre Richtwerte verstanden werden und bedürfen der weiteren Erkundung und Interpretation.

Entscheidungen am Lebensende in Europa – Ergebnisse der EURELD-Studie*

	Belgien	Dänemark	Italien	Niederlande	Schweden	Schweiz
MDEL gesamt	38 %	41 %	23 %	44 %	36 %	51 %
Assisted Dying	1.8 %	0.8 %	0.1 %	3.4 %	0.2 %	1.0 %
– aktive Sterbehilfe auf Verlangen	0.3 %	0.06 %	0.04 %	2.59 %	-	0.27 %
– Suizidbeihilfe	0.01 %	0.06 %	0.00 %	0.21 %	-	0.36 %
– aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen	1.5 %	0.67 %	0.06 %	0.6 %	0.23 %	0.42 %
APS	22 %	26 %	19 %	20 %	21 %	22 %
Non-Treatment-Decisions (NTD)	15 %	14 %	4 %	20 %	14 %	28 %

*Agnes van der Heide et al., End-of-Life Decision-Making in Six European Countries: Descriptive Study, in: Lancet 2003; 362: 345–350

MDEL: Medical Decisions concerning the End of Life (alle Entscheidungen)

APS: Alleviation from Pain and Symptoms (indirekte aktive Sterbehilfe)

NTD: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht (passive Sterbehilfe)

Nur zwei Beobachtungen dazu:

- Die Schweiz fällt insofern auf, als hier in sehr vielen Sterbefällen (51%) Entscheidungen getroffen werden, welche das Lebensende der Patienten betreffen. Lassen wir spontane Sterbefälle ohne ärztliche Interventionsmöglichkeit, wie sie im Strassenverkehr oder den Bergen geschehen, beiseite, werden in ca. drei Vierteln aller Sterbesituationen ärztliche Entscheidungen getroffen, die das Lebensende des Sterbenden betreffen. Das mit Abstand grösste Gewicht entfällt dabei auf Entscheidungen zum Behandlungsabbruch und -verzicht, gefolgt von Entscheidungen zur Symptom- und Schmerzbehandlung, welche möglicherweise mit einer lebensverkürzenden Wirkung verbunden sind. Im Spital- und Pflegeheimalltag sieht die Realität demnach etwas anders aus, als die medialen und politischen Debatten es suggerieren: Nicht die Beihilfe zum Suizid ist unser grösstes Problem, sondern die Entscheidungen, bei welchen es über Sinn und Unsinn einer (weiteren) Behandlung zu entscheiden gilt (die so genannte Futility-Debatte).
- Eine zweite Beobachtung: Die Beihilfe zum Suizid geschieht in etwa 400 Fällen im Jahr in der Schweiz. Sie geschieht damit häufiger als in den anderen, hier ebenfalls untersuchten Ländern, allerdings seltener als die verbotene aktive Sterbehilfe. Aus neueren Untersuchungen ist bekannt, dass etwa 180 Sterbefälle im Jahr (mit stark zunehmender Tendenz in den letzten Jahren, insbesondere durch die Aktivitäten der Sterbehilfegesellschaft „Dignitas“, die aktiv Werbung in anderen Ländern wie Deutschland und UK betreibt) auf den so genannten Sterbetourismus zurückgehen, so dass die Schweiz unmittelbar betreffende jährliche Rate von Beihilfen zum Suizid vergleichbar mit derjenigen in Oregon – glücklicherweise, wie ich meine – auf einem verhältnismässig niedrigen Niveau verharrt. Diejenigen Menschen, die eine Beihilfe in Anspruch nehmen, leiden häufig an Tumorerkrankungen (über 50%), daneben auch an neuromuskulären Erkrankungen wie der ALS und MS, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, es sind aber auch psychisch Kranke darunter (vgl. Georg Bosshard et al., 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation, Swiss Medical Weekly 2003; 133: 310-317).

Die strafrechtliche Regelung der Grenzbereiche sieht gegenwärtig folgendermassen aus (mit Artikel 115 hat die Schweiz eine liberalere Regelung der Beihilfe zum Suizid als das österreichische Strafgesetzbuch, in welchem die Beihilfe in jedem Fall, also ohne Rücksicht auf zugrunde liegende Motive, mit Gefängnis bestraft wird, und eine engere Regelung als Deutschland, wo bereits im Allgemeinen Preussischen Landrecht und bis heute alle Paragraphen betreffend Suizid ersatzlos gestrichen wurden):

Tötung auf Verlangen

Art. 114⁴⁷

Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe⁴⁸ bestraft.

Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Art. 115

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe⁴⁹ bestraft.

Ein parlamentarischer Vorstoss aus dem Jahr 2001, die aktive Sterbehilfe unter Umständen strafrei zu machen, ist mit einer Zweidrittelmehrheit im Nationalrat abgelehnt worden.

Der gesamte Bereich von medizinischen Entscheidungen am Lebensende mitsamt den Patientenverfügungen wird im ZGB neu geregelt, das derzeit u.a. im Bereich Vormundschaftsrecht komplett revidiert und in den nächsten Jahren in Kraft treten wird. Die Regelung der Patientenverfügungen lautet im Kern kurz und pragmatisch (ZGB-Entwurf Art. 372 Abs. 2):

„Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen,

- dass sie auf freiem Willen beruht oder
- noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht.“

Kontroverse Diskussionen wie in Österreich, wo im letzten Jahr ein neues Gesetz zur Regelung der Patientenverfügungen in Kraft getreten ist, oder

Deutschland, wo seit das Dossier seit einiger Zeit sehr umstritten diskutiert wird (hier wird darüber gestritten, ob eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügungen nicht an sich eine Bedrohung der menschlichen Würde bedeuten könnte), hat dieser Vorschlag in der Schweiz bislang nicht ausgelöst.

Neben den rechtlichen Regelungen spielen die standesethischen Richtlinien der SAMW eine bedeutende Rolle. Diejenigen zur „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ (vgl. www.samw.ch) wurden 2004 in neuer Fassung verabschiedet. Dabei sind drei wesentliche Elemente:

- Die Gewichtung der Patientenautonomie, auch bei urteilsunfähigen Patienten, die u.a. in der Gewichtung des mutmasslichen Willens und der Patientenverfügungen zum Ausdruck kommt.
- Die Betonung einer rechtzeitig einsetzenden palliativen Betreuung.
- Die Bestimmung der Grenzen des ärztlichen Handelns im Bereich der Suizidbeihilfe. Hier wurden neue Akzente gesetzt, insofern die Akademie erstmals ernst genommen hat, dass die entsprechende Praxis sowohl rechtlich erlaubt ist als auch de facto besteht. Betont wird, die Beihilfe sei nicht Teil des ärztlichen Handelns, widerspreche sogar wichtigen Zielen des ärztlichen Auftrags. Falls sich ein Arzt aufgrund eines Gewissensentscheids in einer einzelnen Situation trotzdem dazu entschliesse, müsse er sich an Minimalbedingungen halten, u.a. die Nähe des bevorstehenden Lebensendes des Sterbewilligen.

Die gesellschaftspolitischen Debatten sind gegenwärtig stark geprägt von der Frage, ob der Bereich der Suizidbeihilfe einer eigenen gesetzlichen Regelung bedarf. Während weite Kreise wie die Nationale Ethikkommission, die SAMW, der Oberstaatsanwalt des Kantons Zürich (vgl. Andreas Brunner, Skizze für ein Gesetz betreffend organisierte Suizidhilfe, in: Christoph Rehmann-Sutter/Alberto Bondolfi/Johannes Fischer/Margrit Leuthold [Hrsg.], Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin, Bern 2006, 247–253) aber auch das Parlament gesetzliche Regelungen fordern, beharrt der Bundesrat (die siebenköpfige Regierung) auf dem Status quo und setzt auf Zeitverzögerung, um der Praxis der Sterbehilfegesellschaften nicht noch mehr Aufmerk-

samkeit und öffentliche Anerkennung zu verschaffen. Wichtige Fragen sind:

- Benötigen wir eine staatliche Aufsicht der Sterbehilfegesellschaften?
- Darf die Beihilfe auch Minderjährigen und psychisch Kranken angeboten werden?
- Sollten sich Ärzteschaft und Pflegende beteiligen?
- Wie soll die Beihilfe zum Suizid in Akutspitälern und Heimen geregelt werden?
- Wie soll die Schweiz mit dem Phänomen des „Suizidtourismus“ umgehen?
- Kommt es zu einer Etablierung der Beihilfe zum Suizid und damit zu einer Förderung der „Medikalisierung des Sterbens“?

(Vgl. dazu die **10 Thesen der Nationalen Ethikkommission (NEK)**, in: „Beihilfe zum Suizid“, Stellungnahme 9/2005, S. 65-77, www.nek-cne.ch)

3. Funktionen und Interpretationen des Prinzips der Menschenwürde

Gestatten Sie mir zwei Vorbemerkungen:

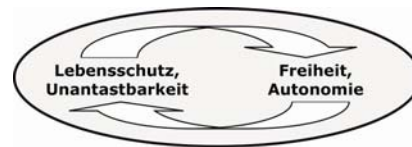
- Erstens wird das Menschenwürdeprinzip – wie eingangs bereits angedeutet – auch in der Ethik sehr unterschiedlich verstanden. Ich selbst stehe mit meinem Verständnis in der Tradition Kants und damit indirekt auch in meiner christlich-biblischen Tradition. Obgleich ich mir bewusst bin, dass es auch ganz andere Verständnisse gibt, gehe ich jetzt nicht näher darauf ein.
- Zweitens: Selbst dann, wenn Menschen in derselben (kantischen) Tradition des Verständnisses des Menschenwürdeprinzips stehen, können sie in konkreten Entscheidungssituationen, insbesondere in Dilemmasituationen durchaus zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Das liegt daran, dass das Menschenwürdeprinzip ein sehr grundlegendes Basisprinzip ist, welches der ethischen Interpretation bedarf, sobald es darum geht, konkrete Entscheidungen zu beurteilen.

Ein pragmatischer Weg, sich trotz dieser Hürden über die Bedeutung der Menschenwürde in den Sterbehilfedebatten zu verständigen, besteht im Umweg über die Funktionen des Prinzips. In der Regel sind es mit dem Lebensschutz und der Statusfunktion zwei Funktionen, welche durchaus

unterschiedlich gewichtet werden, einander aber gegenseitig bedingen. Kurz: Wird das Leben so sehr geschützt, dass jede Freiheit erstickt wird, entfällt de facto der Grund für den Schutz und damit das Prinzip als Ganzes. Wird andererseits die Freiheit zuungunsten des Schutzes der Schwachen überbetont, kommt es zum darwinschen Überleben der Anpassungsfähigsten, womit die Freiheit aller Menschen und damit ebenfalls die Idee der Menschenwürde ausgehebelt wären. Beide Funktionen bedingen einander offensichtlich.

Funktionen des Menschenwürdeprinzips

- **Schutz- oder Abwehrfunktion:** Lebensschutz, Unantastbarkeit menschlichen Lebens
- **Statusfunktion:** Freiheit, Autonomie



→ Beide Funktionen bedingen sich wechselseitig, Einseitigkeiten untergraben auf die Dauer das Menschenwürdeprinzip.

Wie diese Einseitigkeiten ihren Niederschlag in unterschiedlichen Theorien und Sichtweisen der Sterbehilfe finden, möchte ich mit einer holzschnittartigen Übersicht verdeutlichen. Während in vitalistischen Ansätzen einseitig der Lebensschutz favorisiert wird, geschieht das Gegenteil in Ansätzen, die einseitig die Lebensqualität betonen. Im Mittelfeld sind zwei Positionen angeführt, die beide um eine Balance bemüht sind, dabei aber die Akzente wie der katholische Ansatz einer konsistenten Lebensethik einmal beim Lebensschutz, oder bei Ansätzen mit der Idee einer intrinsischen Lebenswert z.B. von Ronald Dworkin bei der Autonomie setzen. Wenn Sie nun schauen, wie im Bereich der Sterbehilfe geurteilt wird, erhalten Sie ein Spektrum von Positionen, bei welchen vor allem die beiden mittleren Ansätze das Prinzip der Menschenwürde mit seinen beiden Funktionen aufnehmen und stützen. Wird einerseits jede Güterabwägung abgelehnt, oder andererseits der Lebensschutz für besonders gefährdetes Leben wie Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz relativiert, ist das Konzept der Menschenwürde als Ganzes gefährdet.

Interpretationen des Menschenwürdeprinzips

Vitalismus	Konsistente Lebensethik	Respekt vor dem Leben	Wert des Lebens
<i>Menschliches Leben ist ein absolutes Gut</i>	<i>Menschliches Leben ist ein Basisgut</i>	<i>Menschliches Leben hat intrinsischen Wert</i>	<i>Menschliches Leben hat keinen intrinsischen Wert</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absoluter Lebensschutz ▪ Autonomie wird ausgeblendet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebensschutz als <i>prima facie</i>-Pflicht, Konsistenzgebot ▪ Autonomie ist ein wichtiges Kriterium 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitgehender Lebensschutz ▪ Autonomie erhält besonderes Gewicht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entscheidend ist die Persönlichkeit (Interessen, Autonomie, Selbstachtung)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewahrung allen menschlichen Lebens, auch in seiner häufigsten Form 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Güterabwägung nötig (<i>futility</i>debatte) ▪ Ablehnung von Suizid und Tötung auf Verlangen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewichten von Patientenverfügungen ▪ Suizid als Freiheitsrecht, Skepsis gegenüber der Tötung auf Verlangen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relativierung des Tötungsverbots für Nicht-Personen ▪ Akzeptanz der Suizidbeihilfe und der aktiven Sterbehilfe

Betonung des Lebensschutzes

Betonung der Autonomie



Offen bleibt jedoch die Möglichkeit, insbesondere im Bereich der Beurteilung des Suizids zu unterschiedlichen Einschätzungen zu kommen, was sich dann auch auf die Beurteilung der Beihilfe auswirkt. Auch wenn ich selbst in der katholischen Tradition stehend den Lebensschutz betone, ist es meines Erachtens nicht möglich, liberaleren Positionen die Berufung auf die Menschenwürde abzusprechen. Nur die Extrempositionen sind hier kritisierbar, da sie die Grundfunktionen des Menschenwürdeprinzips gefährden.

4. Menschenwürdig sterben in der Schweiz?

Im Anschluss an die drei Forderungen, die ich im ersten Teil angedeutet habe, sehe ich folgende drei Orientierungspunkte zur zukünftigen Gestaltung der Sterbehilfe in der Schweiz:

1. Förderung der palliative Care:

Die Sorge (Care) sollte dem *ganzen Menschen*, seiner Lebensqualität, nicht einem erkrankten Organ oder einer ausgefallenen Körperfunktion gelten. Lindernde (palliative) Behandlung sollte *rechtzeitig* einsetzen, in der Regel bereits parallel zu kurativen Massnahmen.

2. Der Tod ist nicht in jedem Fall eine Niederlage:

Je mehr Mittel zur Lebenserhaltung zur Verfügung stehen, desto grösser wird die Verantwortung hinsichtlich eines sinnvollen Einsatzes dieser Mittel. „Death is a bad *clinical*, but not necessarily a bad *patient* outcome. Death is not necessarily a medical failure; conversely, causing or allowing a bad death is not only a medical failure, but also an ethical breakdown.“ [Hastings Center Report 37; May/June 2007, 49]

3. Die Suizidbeihilfe ist nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit:

Die Beihilfe zum Suizid bleibt eine *Grenzüberschreitung*. Sie ist höchstens in extremen Einzelfällen nachzuvollziehen und bleibt starken Bedenken ausgesetzt.

Ich denke, wir sollten uns Zeit nehmen zur Verständigung über unterschiedliche Vorstellungen vom guten Leben und Sterben. Dazu gehört auch die Frage nach dem Umgang mit dem imperfekten Leben und dem Leiden. *Unangemessen wäre, auf existentielle Fragen technische Antworten zu geben.*

¹ Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin (geb. 1962) ist seit 2003 Ständiger Lehr- und Forschungsbeauftragter für angewandte theologische Ethik mit Schwerpunkt Bioethik am Institut für Sozialethik der Theologischen Fakultät an der Universität Luzern. Seit 2003 SNF-Forschungsprojekt zum Thema „Rationierung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen“ unter der Leitung von Prof. em. Dr. Hans Halter. Seit 2005 Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik (SGBE), seit 2007 Vizepräsident der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).