

Sozialethische Überlegungen zum Umgang mit Sterben und Tod

Acht Thesen und Forderungen für den Umgang mit Suizid und Suizidbeihilfe

Zweites Positionspapier zur «Sterbehilfe»



Walter Anghileri Ruth Baumann-Hölzle Carmelo Di Stefano Daniel Gregorowius Patrizia Kalbermatten-Casarotti Diana Meier-Allmendinger Reto Stocker

Autoren

- Lic. theol. Walter Anghileri, Fachbereich Bildung, Beratung und Ethik-Foren, Stiftung Dialog Ethik, Zürich
- Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Institutsleiterin, Stiftung Dialog Ethik, Zürich
- Lic. phil. Carmelo Di Stefano, Leiter Kommunikation, Stiftung Dialog Ethik, Zürich
- Dr. sc. nat. Daniel Gregorowius, Leiter Forschung, Stiftung Dialog Ethik, Zürich
- Lic. phil. Patrizia Kalbermatten-Casarotti, MAS, Leiterin Fachbereich Patientenverfügung, Stiftung Dialog Ethik, Zürich
- Dr. med., lic. theol. Diana Meier-Allmendinger, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik Schützen, Rheinfelden; Ethik-Beauftragte der Ethik-Foren in der Clienia Schlössli AG und im Kantonsspital Aarau; Mitglied des Institutsteams Dialog Ethik, Zürich
- Prof. Dr. med. Reto Stocker, Leiter des Instituts für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie Leiter der Lehre und Forschung, Klinik Hirslanden, Zürich; Mitglied des Stiftungsrats, Stiftung Dialog Ethik, Zürich

Redaktion

Jil Lüscher, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachbereich Publikationen, Stiftung Dialog Ethik, Zürich

Herausgeber

Stiftung Dialog Ethik Schaffhauserstrasse 418 CH-8050 Zürich

Tel. 044 252 42 01 Fax 044 252 42 13

info@dialog-ethik.ch www.dialog-ethik.ch

Postkonto 85-291588-7

IBAN CH82 0900 0000 8529 1588 7

Foto: Pixabay

ISBN 978-3-905757-08-8

© 2020 Stiftung Dialog Ethik, Zürich. Alle Rechte vorbehalten.

1. Auflage

Inhalt

Vc	rwort		4
1	Acht	Thesen und Forderungen zur Suizidbeihilfe	5
i	Zusammenfassung		
	1.1	These 1: Gesellschaftlicher Wertewandel	
	1.2	Forderung zu These 1: Selbsttötung als tragisches Ereignis	
	1.3	These 2: Gesellschaftliche Tendenzen zur Konformität, Selbstoptimierung und Kontrolle	
	1.4	Forderung zu These 2: Ärztliche und pflegerische Sterbebegleitung als Kunst und nicht als Technik	
	1.5	These 3: Existenzielle Abhängigkeitsphänomene und Fürsorgekultur	
	1.6	Forderung zu These 3: Gesellschaftlicher Umgang mit Krankheit, Alter, Gebrechen und Sterblichkeit	
	1.7	These 4: Palliative Care und die Logik der Wirtschaftlichkeit	
	1.8	Forderung zu These 4: Stärkung von Palliative Care	
	1.9	These 5: Ethisches Dilemma des Rechtsstaates gegenüber dem suizidwilligen Individuum	
		Forderung zu These 5:	
		Verbot der Werbung für Suizidbeihilfe und Klärungsbedarf hinsichtlich der «Uneigennützigkeit»	11
	1.11	These 6: Vom Freiheitsrecht zum staatlichen Einforderungsrecht am Beispiel von Gefängnisinsassen	11
	1.12	Forderung zu These 6: Suizidbeihilfe in öffentlich-rechtlichen Organisationen	12
	1.13	These 7:	
		Das materielle Kriterium für Suizidbeihilfe des «nahen Lebensendes» und die Freiheit zur Selbstschädigung	13
		Forderung zu These 7: Keine Lebensqualitätskriterien zur Regelung der Suizidbeihilfe	
		These 8: Sterben in Würde	
	1.16	Forderung zu These 8: Etablierung einer Sterbekultur	15
2	Begr	iffsklärungen: Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe	16
	2.1	Passive Sterbehilfe	16
	2.2	Aktive Sterbehilfe	16
3	Exku	ırs: Selbstbestimmter freiwilliger Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht	17
4	Voraussetzungen für die Entscheidungsfindung am Lebensende		18
	4.1	Urteilsfähigkeit und Wunsch nach Sterbehilfe	18
	4.2	Behandlungsplan und -vereinbarung	
	4.3	Patientenverfügung	18
5	Liter	atur	20

Vorwort

Mit diesem Positionspapier zur Sterbehilfe setzt sich Dialog Ethik für eine humane Sterbekultur im Sinne von professioneller Palliative Care ein. Diese strebt eine bestmögliche und dem Willen von unheilbar kranken und sterbenden Menschen gute Lebens- und Sterbequalität bis zuletzt an. Die öffentlichen Debatten rund um Sterbehilfe und besonders Suizidbeihilfe¹ thematisieren vorwiegend die persönliche Leidenssituation von Menschen, welche physisch oder psychisch krank, alt und lebenssatt sind. Vorgebracht werden in diesem Zusammenhang vor allem individualethische Gründe und Abwägungen. Neuerdings wird auch die Frage debattiert, ob es Gefängnisinsassen möglich sein soll, mit Suizidbeihilfe aus dem Leben zu scheiden.

Die Gesellschaft akzeptiert den Suizid und die Suizidbeihilfe zunehmend als eine freie Wahlmöglichkeit und Handlungsoption des selbstbestimmten Individuums neben anderen. Die Hilfe bei dieser finalen Handlung wandelt sich dabei immer mehr vom Freiheitsrecht im Sinne einer Erlaubnis hin zu einem staatlichen Einforderungsrecht. Der soziale Kontext und die gesellschaftlichen Auswirkungen dieser Entwicklung werden dabei kaum thematisiert. Das vorliegende Positionspapier fokussiert daher schwerpunktmässig auf den gesellschaftlichen Umgang mit der Suizidbeihilfe aus einer sozialethischen Perspektive.

Acht Thesen und sich daraus ergebende acht Forderungen im ersten Teil dieses Positionspapiers sollen die individualethische Debatte rund um Suizidbeihilfe um eine sozialethische Perspektive erweitern. Der zweite Teil des Positionspapiers klärt Begriffe, während im dritten Teil in einem Exkurs auf den selbstbestimmten freiwilligen Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht eingegangen wird. Der vierte Teil nennt die Voraussetzungen für die Entscheidungsfindung am Lebensende. Im fünften Teil befindet sich eine Literatur-übersicht zur vertieften Auseinandersetzung mit der Thematik². Dieses Positionspapier ist eine erweiterte und überarbeitete Fassung vom «Positionspapier zum Thema Sterbehilfe: Hilfe beim Sterben – nicht Hilfe zum Sterben!» der Stiftung Dialog Ethik aus dem Jahre 2005³.

Auch «assistierter Suizid» genannt

² In den Fussnoten wird jeweils auf vertiefte Ausführungen zu einem bestimmten Aspekt hingewiesen.

³ Vgl. Baumann-Hölzle et al. (2005)

1 Acht Thesen und Forderungen zur Suizidbeihilfe

Zusammenfassung

Mit diesem Positionspapier zur Sterbehilfe setzt sich Dialog Ethik für eine humane Sterbekultur im Sinne von professioneller Palliative Care ein. Diese strebt eine bestmögliche und dem Willen von unheilbar kranken und sterbenden Menschen gute Lebens- und Sterbequalität bis zuletzt an.

Der gesellschaftliche Wertewandel führt zu einer Akzeptanz des Suizids und der Suizidbeihilfe als eine freie Wahlmöglichkeit und Handlungsoption des selbstbestimmten Individuums, um Sterben und Tod zu kontrollieren. Suizid und Suizidbeihilfe werden so zu einer Technik der Selbstoptimierung. Das Freiheitsrecht wandelt sich dabei immer mehr zum moralischen Einforderungsrecht auf Suizidbeihilfe gegenüber dem Staat, welches das wegweisende und bis heute gültige Urteil des Bundesgerichtes aus dem Jahre 2006 noch klar ablehnt. Der soziale Kontext und die gesellschaftlichen Auswirkungen dieser Entwicklung werden dabei kaum thematisiert.

Das vorliegende Positionspapier fokussiert schwerpunktmässig auf den gesellschaftlichen Umgang mit Suizidbeihilfe aus einer sozialethischen Perspektive. Acht Thesen und dazugehörige Forderungen im ersten Teil dieses Positionspapiers sollen diese individualethisch verengte Debatte rund um die Suizidbeihilfe um eine gesellschaftliche Perspektive erweitern.

Dialog Ethik fordert gemäss dem Bundesgerichtsurteil von 2006 grundsätzlich, dass der Suizid und die Suizidbeihilfe ein persönliches Freiheitsrecht bleiben und nicht zum Einforderungsrecht gegenüber dem Staat werden. Selbsttötung und die Assistenz sollen weiterhin private Handlungen im freien Ermessensspielraum des einzelnen, urteilsfähigen Individuums sein. Die Gesellschaft soll den Suizid und die Suizidbeihilfe weiterhin als tragische Ereignisse in einer existentiellen Leidenssituation tolerieren, jedoch nicht als staatliches Einforderungsrecht legitimieren.

Bei der Suizidbeihilfe bei Häftlingen im Kontext einer öffentlich-rechtlichen Zwangsorganisation stellt sich die Frage, ob Suizidbeihilfe bei Gefängnisinsassen als private Handlung organisiert werden kann und möglich ist. Ist Suizidbeihilfe ausserhalb des Gefängnisses an einem privaten Ort nicht möglich, so ist einzig die Arzt-Patienten-Beziehung ein privater Raum.

Dialog Ethik fordert, dass Suizidbeihilfe bei Häftlingen nur als private Handlung möglich sein soll. Für die Beurteilung der Urteilsfähigkeit und Gefährlichkeit des Häftlings ist der Gefängnisarzt respektive die Gefängnisärztin zuständig. Ist die Durchführung des Suizids ausserhalb des Gefängnisses in privaten Räumen nicht möglich, kann Suizidbeihilfe ultima ratio nur als Gewissensentscheidung von Arzt und Patient nach den Vorgaben der medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften «Umgang mit Sterben und Tod» als private Handlung erlaubt sein.

Im Kontext der zunehmenden Kostensteigerungen des Gesundheitswesens und dessen Anreiz zur Übertherapie auf der einen Seite und den gesellschaftlichen Bemühungen auf der anderen Seite, diese Kostensteigerung zu bremsen, besteht eine Unterversorgung hinsichtlich Palliative-Care-Angeboten.

Suizid und Suizidbeihilfe können zwar die medizinische Übertherapie beim einzelnen Menschen abrupt beenden, gesamtgesellschaftlich aber besteht die Gefahr, dass sie ihrerseits als Mittel zum Zweck zur Kostenersparnis im Gesundheitsund Sozialbereich missbraucht werden. Denn dank der Suizidbeihilfe kann die Gesellschaft Kosten im Gesundheits- und Sozialbereich sparen. Vor diesem Hintergrund drohen die Bereitstellung von Suizidbeihilfe-Angeboten mittelbar zu Massnahmen der Kostenreduktion und das Suizidangebot zur Anempfehlung zu werden.

Dialog Ethik fordert eine humane Sterbekultur im Sinne von professioneller Palliative Care mit angemessener Finanzierung. Dialog Ethik fordert ferner ein Werbeverbot für Suizidhilfeorganisationen und zurückhaltende Berichterstattung in den Medien über Suizidbeihilfe bei bekannten Persönlichkeiten mit ihren persönlichen Begründungen, um Nachahmungseffekte zu vermeiden.

Gegen den Missbrauch von Suizidbeihilfe wird von verschiedenen Seiten verlangt, dass Suizidbeihilfe nur am «nahen Lebensende» durchgeführt werden dürfe. Diese Eingrenzung wird auch bei der Ausweitung der Suizidbeihilfe für Gefängnisinsassen vorgeschlagen. Dieses sogenannte materielle ethische Kriterium des «nahen Lebensendes» ist deshalb höchst problematisch, weil damit ein staatlich legitimiertes, materielles ethisches Kriterium für eine Lebensqualität eingeführt werden würde, die angeben würde, was als «suizidwürdig» gelten kann. Dies aber widerspricht dem Anspruch jedes Menschen auf Würde, die explizit unabhängig von solchen Eigenschaften und Fähigkeiten ist.

Dialog Ethik fordert aus menschenrechtlichen Gründen den Verzicht auf materielle ethische Kriterien zur Legitimation eines Suizides und der Suizidbeihilfe.

In «ultima ratio»-Situationen können Menschen aus Liebe einem Nächsten beim Suizid helfen. Und dies, obwohl diese Handlung zutiefst der Liebe widerspricht, weil Liebe die Anwesenheit des geliebten Menschen herbeisehnt. Ein solcher Liebesdienst basiert jedoch auf der geteilten gemeinsamen Erfahrung grösster Not und grössten Leidens des Suizidwilligen. Eine solch personale Handlung ist von der Suizidbeihilfe als kostenpflichtige Dienstleistung strikt zu trennen.

Dialog Ethik fordert, dass Suizidbeihilfe keine kostenpflichtige Dienstleistung werden darf, dass das rechtliche Verbot der eigennützigen Suizidbeihilfe bestehen bleibt und jeder Fall von Suizidbeihilfe diesbezüglich individuell weiterhin vom Staat überprüft werden soll.

Suizid und Suizidbeihilfe setzen für eine freie Entscheidung von urteilsfähigen Menschen eine solidarische Sorgekultur voraus, in der Menschen mit Einschränkungen sowie Alte, Kranke und Sterbende eine gute Lebensqualität haben und angemessen behandelt, gepflegt und betreut werden.

Dialog Ethik fordert und engagiert sich für eine achtsame Sorgekultur in Organisation und Gesellschaft, die sowohl den Anspruch auf Menschenwürde und Autonomie als auch die vielfältigen Abhängigkeitsphänomene der Menschen ernst nimmt.

1.1 These 1: Gesellschaftlicher Wertewandel

Immer mehr Menschen betrachten die assistierte Selbsttötung als eine nachvollziehbare und auch für sie selbst in Frage kommende Wahl, sobald der Tod dem Weiterleben vorgezogen wird. Mit dem Suizid werden Autonomie und Unabhängigkeit assoziiert. In der Schweiz und anderen Ländern - wie zum Beispiel in den Niederlanden, wo die assistierte Selbsttötung erlaubt ist4 – sind die Zustimmungsraten sehr hoch und liegen bei bis zu 80%5. Die Zustimmung in Deutschland zur Suizidbeihilfe stieg trotz des damaligen Verbotes zur geschäftsmässigen Suizidbeihilfe zwischen 2008 und 2015 von 58% auf 67%⁶. Am 26. Februar 2020 kippte das deutsche Bundesverfassungsgericht das Verbot der «geschäftsmässigen Suizidbeihilfe» aus dem Jahre 2015 mit der Begründung, dass dieses Verbot den individuellen Autonomieanspruch entleere; das Bundesverfassungsgericht ermöglicht neu die Hilfe Dritter⁷: «Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG gewährleistet das Recht, selbstbestimmt die Entscheidung zu treffen, sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen.» Auf Gesetzesstufe ist jetzt zu klären, welche Formen diese «Hilfe Dritter» haben darf. Dies beinhaltet auch die Frage, ob überhaupt und wenn ja unter welchen Bedingungen eine möglicherweise auch geschäftsmässige und/oder gewerbsmässige Suizidbeihilfe durchgeführt werden darf – oder ob unter Umständen die Verfassung, das heisst das Grundgesetz (GG), angepasst werden muss8. Gleichzeitig lehnt das deutsche Bundesverfassungsgericht – ähnlich wie das schweizerische Bundesgericht im Entscheid vom November 2006 – ein Anspruchsrecht auf Suizidbeihilfe gegenüber dem Staat ab. Mit einer solchen Begründung hat soeben das Verwaltungsgericht Köln die Klagen schwerkranker Menschen auf Zugang zu einem Betäubungsmittel zur Selbsttötung abgelehnt⁹. In den Ländern, wo auch die Tötung auf Verlangen, das heisst die «aktive Sterbehilfe»¹⁰, erlaubt ist, sterben zwar erheblich mehr Menschen auf diese Art als durch assistierte Selbsttötung, aber *beide* Formen der Sterbehilfe haben dort in den letzten Jahren erheblich zugenommen¹¹. Es kann denn auch von einem sich allmählich vollziehenden Wertewandel gesprochen werden.

Die Säkularisierung innerhalb der Moderne hat in den Gesellschaften des Westens zu einem Rückzug der christlichen Wertung des Suizids als «Selbstmord» und damit als einem Verbrechen geführt. Seine Kriminalisierung - also die Verurteilung und Ächtung als Selbst«mord» - wich in der Folge der Aufklärung zunächst einer Pathologisierung, in deren Rahmen der Suizid zum Gegenstand medizinischer und psychiatrischer Interventionen aufgrund einer psychischen Erkrankung wurde. Gemäss dem belgischen Theologen und Ethiker Jean-Pierre Wils gehört die Selbsttötung mit Hilfe Dritter heute zum Repertoire der Sterbeoptionen, sodass das selbstverfügte Lebensende einem selbstbestimmten Leben zur Verfügung steht¹². Manchmal wird sogar über die Selbsttötung als eine «emanzipatorische Selbsttechnik» gesprochen, so der österreichische Kulturwissenschaftler und Philosoph Thomas Macho¹³. Wer nicht fremdbestimmt sterben möchte, sollte diese Art des Sterbens jedenfalls in Erwägung ziehen. Ein «guter Tod» ist eine Aufgabe, die wir meistern sollen und können. Die Selbsttötung ist damit keine tragische Handlung mehr. Das menschliche Leben wird damit zur gestaltbaren Materie für den Menschen – und es verliert seine moralische Vorgegebenheit, der gegenüber der Mensch verantwortlich ist.14

In den Niederlanden ist die aktive Sterbehilfe von 1990 bis 2015 von 1,7% auf 4,5% aller Todesfälle angestiegen¹⁵. Menschliche Verfügungsmacht besitzt demnach eine innere Tendenz zur Ausweitung. Die oben genannten Studien über die Erfahrungen mit der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden belegen, 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 wollen¹⁶. Auch in der Schweiz findet in insgesamt 1,4% aller nicht-plötzlichen, das heisst erwarteten Todesfälle eine Tötung ohne

⁴ Neben den Niederlanden und der Schweiz haben Belgien und Luxemburg aktive Sterbehilfe und Suizidbeihilfe in unterschiedlichem Ausmass zugelassen. In Kanada und Kolumbien ist die aktive Sterbehilfe durch Urteile der Obersten Gerichte legal beziehungsweise gesetzlich legalisiert worden. In den US-Bundesstaaten Oregon und Washington ist der ärztlich assistierte Suizid straffrei.

⁵ Zustimmungsrate gemäss einer repräsentativen Online-Umfrage von Hertig Projektdienstleistungen und der Gfk-Marktforschung im Auftrag des Beobachters; ygl. Krättli & Loacker (2014). Vgl. zu Fragen der moralischen Zustimmung Schwarzenegger et al. (2010) und zur Zustimmung in den Niederlanden fowid (2019).

⁶ Vgl. IfD Allensbach (2014)

⁷ Vgl. BVerfG (2020).

⁸ Vgl. hierzu u. a. Lindner (2020), Memm (2020) und Zurstraßen (2020).

⁹ Vgl. hierzu Verwaltungsgericht Köln (2020).

¹⁰ Vgl. zur Begriffsbestimmung der aktiven Sterbehilfe Kap. 2.3 in diesem Positionspapier.

¹¹ Die Inanspruchnahme des assistierten Suizids hat über Jahre stark zugenommen. 2017 hatte sie zwar minimal abgenommen, ist 2018 aber wieder angestiegen. Vgl. SRF News (2019) und Nestor et al. (2017).

¹² Wils (2020).

¹³ Macho (2017), hier: S. 8.

¹⁴ Baumann-Hölzle (2007).

¹⁵ van der Heide, van Delden & Onwuteaka-Philipsen (2017).

¹⁶ KNA & Deutsches Ärzteblatt (2018).

Verlangen statt¹⁷. Gemäss dem Bundesamt für Statistik haben im Jahre 2017 insgesamt 1009 Menschen mit Wohnsitz in der Schweiz einen assistierten Suizid durchgeführt¹⁸. Dies entspricht 1,5% aller Todesfälle des Jahres 2017.

Denkanstoss: Was bedeutet der Wertewandel der zunehmenden Akzeptanz des Suizids und der Suizidbeihilfe für das gesellschaftliche Zusammenleben? Wie wirkt sich dieser Wertewandel auf kranke und sterbende Menschen aus?

1.2 Forderung zu These 1: Selbsttötung als tragisches Ereignis

Wenn die Selbsttötung ihre Tragik verliert und immer mehr zu einer «ersten Wahl» wird, besteht die Gefahr, dass andere Möglichkeiten der Leidesverminderung und der Hilfe aus dem Fokus geraten und dadurch Sorge und Verantwortung der Menschen füreinander verloren gehen. Das Bewusstsein für Fürsorge und Verantwortung sind von der Gesellschaft jedoch bewusst zu fördern und zu unterstützen. Ein Leben von guter Qualität setzt nahe Beziehungen der Menschen untereinander voraus. Denn emotionale Nähe ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass sich Menschen füreinander einsetzen und sich für das Wohl von Mitmenschen verantwortlich fühlen. Im schleichenden Prozess des Tragikverlustes beim Suizid wird die Wichtigkeit und Stärke der Beziehungsgefüge der Menschen unterschätzt. In «ultima ratio»-Situationen können Menschen aus Liebe einem Nächsten beim Suizid helfen. Und dies, obwohl diese Handlung zutiefst der Liebe widerspricht, weil Liebe die Anwesenheit des geliebten Menschen herbeisehnt¹⁹. Ein solcher Liebesdienst basiert jedoch auf der geteilten Erfahrung grösster Not und Leidens des Suizidwilligen. Eine solch personale Handlung ist von der Suizidbeihilfe als kostenpflichtige Dienstleistung strikt zu trennen.

1.3 These 2: Gesellschaftliche Tendenzen zur Konformität, Selbstoptimierung und Kontrolle

Die Betonung der Selbstbestimmung, also der Autonomie und der Kontrolle über das eigene Leben, führt gemäss Jean-Pierre Wils zunehmend zu einem Konformismus, der die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen zu unterminieren droht, anstatt sie zu erweitern. Wie selbstverständlich wird angenommen, dass das Autonomie-Prinzip die Freiheit der jeweils

zu treffenden Entscheidung schützt. Selbstverständlich ist dies aber nicht. Denn die häufige Koppelung des Autonomie-Prinzips an die Entscheidungsfreiheit *zugunsten* des assistierten Suizids hat zur Konsequenz, dass Menschen, die auf ihr Selbstbestimmungsrecht Wert legen, sich in diese Richtung gedrängt fühlen könnten. Anders gesagt, dass ein «moralischer Druck» auf ihnen lastet. Sie passen ihre Präferenzen dem gesellschaftlichen Klima, dessen Trends und Werbebotschaften an – und laufen dabei Gefahr, zu Konformisten in Sterbehilfeangelegenheiten zu werden²⁰.

Die zunehmende Bereitschaft zum assistierten Suizid repräsentiert nach Jean-Pierre Wils²¹ ein Menschenbild, das auf die «grösstmögliche Erfüllung des Lebens» angelegt ist, wie es der deutsche Soziologe und Kulturwissenschaftler Andreas Reckwitz²² ausdrückt. In unserem ständigen Bemühen, dieses Ziel zu erreichen, und um seinetwillen unser Leben Selbstoptimierungstechniken zu unterwerfen, wollen wir inzwischen den eigenen Tod nicht mehr dem Zufall überlassen. Selbst das Sterben soll kontrolliert und geplant werden²³. Dabei droht die vermeintliche Freiheit in einer auf Kosteneffizienz und Einsparungen ausgerichteten Gesellschaft rasch zum sozialen Zwang zu werden²⁴.

Das Bedürfnis nach Kontrolle in der modernen Gesellschaft äussert sich in einer zunehmenden «Technisierung des Lebens» in verschiedensten Bereichen des Lebens: Die moderne Spitzenmedizin ermöglicht es zum Beispiel, Technik vermehrt am Lebensanfang und Lebensende zum Wohl der Menschheit einzusetzen²⁵. Auch der existenziellen Herausforderung des Todes möchte der moderne Mensch mit technischen Machtmitteln Meister werden. Es besteht somit auch die Gefahr der «Technisierung des Sterbens». Entsprechend beschäftigt sich die derzeitige Diskussion über Sterbekultur nicht primär mit den Sterbe- und Trauerumständen, sondern vielmehr mit der technischen Frage der Selbsttötung oder auch der Tötung auf Verlangen, wann und unter welchen Umständen sie erlaubt werden soll.

Denkanstoss: Wie wirkt sich die Tendenz zur Selbstoptimierung bei zunehmenden technischen Möglichkeiten in vielen Lebensbereichen, so auch in der sogenannten Spitzenmedizin, auf den Handlungsauftrag der Medizinerinnen und Mediziner beim Behandlungsfeld «Lebensende» aus?

¹⁷ Angaben für das Jahr 2013. Zit. aus Hurst et al. 2018, hier: S. 3, Tab. 1: deutschsprechende Schweiz 1,1%, französischsprechende Schweiz 1,9% und italienischsprechende Schweiz 1,4%. Vgl. auch Faisst et al. (2003).

¹⁸ BfS (2019a).

¹⁹ Vgl. Fournier (2020).

²⁰ Wils (2020).

²¹ Ebd.

²² Reckwitz (2019), hier: S. 343.

²³ Vgl. Lanz (2020).

²⁴ Vgl. Baumann-Hölzle (2006).

²⁵ Vgl. zur Technisierung am Lebensanfang Baumann-Hölzle & Gregorowius (2020).

1.4 Forderung zu These 2: Ärztliche und pflegerische Sterbebegleitung als Kunst und nicht als Technik

Ärztliche und pflegerische Sterbebegleitung ist eine «Kunst» und keine reine «Technik». Sterbebegleitung und Hilfe beim Sterben sind ein wichtiger Bestandteil des Handelns von Medizinerinnen und Medizinern und Pflegefachpersonen. Es geht um Fragen der gemeinsamen Entscheidungsfindung und des Abwägens von Fakten, aber auch um das Eingehen auf die Wertvorstellung und die Lebensentwürfe des Gegenübers, ebenso um menschliche Nähe und Emotionen. Fachwissen und Kompetenz in Bezug auf die Behandlung inklusive Pflege Sterbender - Anwendungen technischer Natur also - sind wichtig. Doch solche Kenntnisse reichen nicht aus. Denn darüber hinaus bedarf es der intensiven Auseinandersetzung mit den existentiellen Fragen rund um Leben, Sterben und Tod. Nur so kann vermieden werden, dass Sterbebegleitung auf eine Technik reduziert wird, die die existentiellen Dimensionen des Sterbens ausklammert. Daher muss die «Kunst» der Sterbebegleitung in den Ausbildungen von Medizin und Pflege mit entsprechenden Angeboten gefördert und vertieft werden.

1.5 These 3: Existenzielle Abhängigkeitsphänomene und Fürsorgekultur

Die Diskussionen über Sterbehilfe im Allgemeinen und die Debatte über Suizidbeihilfe im Besonderen laufen gemäss dem Philosophen Jean-Pierre Wils Gefahr, von einem Menschenbild auszugehen, in dem die Gesellschaft nicht mehr ist als die Klammer selbstbestimmt handelnder Subjekte²⁶. Dabei werde jedoch vergessen, dass wir nicht nur ein Leben in grösstmöglicher Unabhängigkeit führten, sondern in vielen Phasen unserer Existenz auch abhängige Wesen seien, die sich in einem komplexen und tiefgreifenden Beziehungsgefüge sozialer Natur mit wechselseitigen Fürsorgepflichten befänden, so Jean-Pierre Wils weiter²⁷. Vor allem die letzte Phase unseres Lebens ist von solchen Abhängigkeiten und von einer solchen Angewiesenheit geprägt. In der Debatte über den Suizid ist daher auch die existenzielle Abhängigkeit des Menschen zu thematisieren, die durch die Sprache der «Unabhängigkeit», der «Selbstbestimmung» und der «Autonomie» oft verdrängt wird. Angesichts des demographischen Wandels in der Schweiz, der Betonung der hohen Kosten der Renten und Pensionen sowie des wachsenden Pflegebedarfs lässt sich kaum von der Hand weisen, dass alten und sehr betagten Menschen ohnehin schon zunehmend der Eindruck vermittelt wird, sie würden ihren Familien und den staatlichen Vor diesem Hintergrund besteht durch die einseitige Betonung der Selbstbestimmung für die Menschen die ernst zu nehmende Gefahr, sich von ihrer sozialen Umgebung zu isolieren. Statt Solidarität wird die Verantwortung dem Einzelnen zugeschoben. Die gemeinsame Gestaltung einer lebenswerten Umgebung bei Behinderung, Krankheit und im hohen Alter wird immer weniger primär als Aufgabe einer solidarischen Gesellschaft wahrgenommen, sondern als private Angelegenheit – gleiches gilt in Bezug auf die Einrichtung von Institutionen, die ein würdevolles Leben mit Einschränkungen ermöglichen. Stattdessen wird das Handeln zunehmend von einer dominanten Wirtschaftslogik bestimmt, welche das gesellschaftliche Handeln durchdringt und bestimmt.

Eine humane Gesellschaft zeichnet sich gerade durch die Bereitschaft zur gegenseitigen Fürsorge aus. Die Sicherstellung einer angemessenen Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen und auch sterbenden Menschen liegt in der staatlichen Verantwortung. Der Staat muss die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen schaffen und Ressourcen bereitstellen. Die Fürsorgeverantwortung ist von einer Gesellschaft solidarisch zu tragen und kann nicht nur in den privaten Verantwortungsbereich abgeschoben werden. Es gehört zu den primären Aufgaben des Staates, die erforderlichen Mittel für eine angemessene Behandlung, Pflege und für eine durch die Bevölkerung getragene Fürsorgekultur bereitzustellen und damit die Verteilungs- und Solidargerechtigkeit zu fördern. In die Umsetzung einer solchen Sorge- beziehungsweise Fürsorgekultur ist die gesamte Gesellschaft einzubinden, die sie mittragen sollte²⁸.

Denkanstoss: Welches sind die Voraussetzungen für eine «Sorgekultur», die einer breiten Bevölkerung zugänglich ist? Was brauchen Menschen in einer Gesellschaft, damit sie «gut sterben» können²⁹?

1.6 Forderung zu These 3: Gesellschaftlicher Umgang mit Krankheit, Alter, Gebrechen und Sterblichkeit

Krankheit, Alter, Gebrechen und Sterblichkeit gehören zur menschlichen Vulnerabilität beziehungsweise zum menschlichen Leben insgesamt dazu. Eine Gesellschaft ist nur dann human, wenn sich die Menschen bewusst sind, dass sie trotz allen medizinischen Könnens die Grundverfassung des Men-

Einrichtungen zur Last fallen. Dabei ist die letzte Lebensphase eines Menschen nicht nur aufgrund des zunehmenden Unterstützungsbedarfs und «Angewiesenseins», sondern auch aufgrund des Prozesses des Abschiednehmens etwas sehr Verbindendes und Soziales.

²⁶ Wils (2020).

²⁷ Ebd.

²⁸ Vgl. hierzu Baumann-Hölzle & Graf (2019) sowie Baumann-Hölzle et al. (2017).

²⁹ Vgl. zu den Begriffen «gutes Leben» und «gutes Sterben» auch Battaglia & Baumann-Hälzle (2013)

schen nicht absolut kontrollieren können, sondern stets auf eine achtsame Sorgekultur angewiesen sind. Diese stellt die notwendigen Sorge- und Pflegeressourcen zur Stillung der Grundbedürfnisse auch in Ausnahmesituationen zur Verfügung.

Der Tod wird dabei beim Unterlassen von lebenserhaltenden Massnahmen oder auch bei Schmerzbehandlung mit lebensverkürzender Wirkung, so genannten «Handlungen mit doppelter Wirkung», in Kauf genommen. Die medizinethische Entscheidungsfindung ist dabei individuell auf die einzelne Patientin beziehungsweise den einzelnen Patienten zugeschnitten und erfolgt mittels sorgfältiger Vorausschau und Planung, des sogenannten «Advance Care Planning» – auch im Hinblick auf zukünftige antizipierte Ereignisse. Darunter versteht Dialog Ethik jede Form der medizinischen Vorausschau und Vorausplanung, sei dies im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung, im Gespräch mit der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem behandelnden Arzt oder auch bei der Erstellung einer Behandlungsvereinbarung oder Patientenverfügung³⁰. Bei sterbenden Menschen hat der Staat die Aufgabe, für eine gute Behandlungs- und Betreuungsqualität zu sorgen.

1.7 These 4: Palliative Care und die Logik der Wirtschaftlichkeit

«Gesundheit» ist ein öffentliches und privates Gut. In einer humanen Gesellschaft müssen deshalb alle Menschen Zugang zu den notwendigen Ressourcen an Medizin, Pflege und Betreuung bis zum Lebensende haben. Die Schweiz hat deshalb ein öffentlich-rechtliches, solidarisch finanziertes Gesundheitswesen. Das Problem besteht gerade darin, dass das Gesundheitswesen gleichwohl nach der Logik der Marktwirtschaft und deren Anreizsystem funktioniert. Dieses fördert und fordert gewinnbringende Therapiemassnahmen mit einer inhärenten Tendenz zur Übertherapie und führt sodann auch zu massiven Kostensteigerungen aufgrund von zum Teil überteuerten Leistungsangeboten. Für die Solidargemeinschaft werden die kontinuierlich steigenden Gesundheitskosten jedoch zunehmend ein Problem. Gleichzeitig gibt es den politischen Auftrag ans Gesundheitswesen, Kosten zu sparen. Entsprechend sollen die Leistungen im Gesundheitswesen möglichst effizient und kostensparend erbracht werden. Finanziell nicht lukrative Leistungen des Gesundheitswesens werden deshalb möglichst reduziert. Dazu gehören auch Pflege- und Betreuungsleistungen, die oft nicht nur rationalisiert, sondern auch rationiert werden.

Raum und Zeit sind sehr kostbare Güter. Diese gesellschaftliche Dynamik mit stetig steigenden Gesundheitskosten einerseits und Sparzwang andererseits wirkt sich stark auf die Palliative-Care-Angebote im Gesundheitswesen aus. Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensquali-

 $30\,\,$ Vgl. zur Begriffsbestimmung Kap. 4.2 und Kap. 4.3 in diesem Positionspapier.

tät von Patientinnen und Patienten und ihren Familien, die mit Problemen einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind - durch Vorbeugung und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, exakte Beurteilung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Palliative Care generiert nach den aktuellen Finanzierungsmechanismen des Gesundheitswesens vor allem Kosten und kaum finanzielle Einnahmen für dessen Organisationen. Damit widerspricht Palliative Care dem Anreizsystem des Gesundheitswesens³¹. Palliative Care ist deshalb stark unterfinanziert und wird staatlich bis anhin wenig unterstützt. Aktuell ist eine Motion im Ständerat hängig, die diesbezüglich Abhilfe schaffen soll32 und sich auf ein älteres Postulat zur Finanzierung von Palliative Care von 2018 bezieht, das die Ergebnisse vom Nationalen Forschungsprogramm NFP 67 zum «Lebensende» berücksichtigt hat³³. Diese Unterfinanzierung wiederum verstärkt den Trend zur medizinischen Übertherapie, die Leiden und Sterben von Menschen über das erträgliche Mass hinaus verlängern kann. In diesem Kontext wird die Suizidbeihilfe oft als Kampfmittel gegen eine solche Medizin eingefordert, um das Leiden der Menschen zu stoppen.

Dabei wird ausgeblendet, dass auch die Suizidbeihilfe selbst von der marktwirtschaftlichen Logik vereinnahmt werden kann. Denn sie kann zwar die medizinische Übertherapie wie natürlich die gesamte Therapie überhaupt - beim einzelnen Menschen abrupt beenden. Gesamtgesellschaftlich besteht aber die Gefahr, dass die Suizidbeihilfe auch als Mittel zum Zweck der Kostenersparnis im Gesundheits- und Sozialbereich missbraucht werden kann. Denn durch die Suizidbeihilfe kann die Gesellschaft Kosten im Gesundheits- und Sozialbereich einsparen. Vor diesem Hintergrund drohen die Anempfehlung des Suizids und die Bereitstellung von Suizidbeihilfe-Angeboten mittelbar zu Massnahmen der Kostenreduktion zu werden. In den Niederlanden geben bereits 15% der Menschen an, eine Tötung auf Verlangen einzufordern, unter anderem auch, weil sie ihren Angehörigen nicht zur Last fallen wollen³⁴. Demgegenüber weist der italienische Mediziner und Professor für Palliativmedizin Gian Domenico Borasio darauf hin, dass «selbst in Ländern, in denen Suizidhilfe seit Jahrzehnten liberal geregelt ist, [...] nur ein Bruchteil der Menschen diesen Sterbeweg [wählt]. Und es gibt keine Hinweise darauf, dass es dort zu einem Druck auf Benachteiligte gekommen ist»35. Zugleich ist sein Aufruf zur Wachsamkeit ernst zu nehmen, wonach in unserer funktionalistischen Gesellschaft «die Problematik einer «sozialen Abwertung» des Lebens hochbetagter Menschen eine ernst zu nehmende Gefahr darstellt, die hohe gesellschaftliche Wachsamkeit erfordert»36.

Wie Gian Domenico Borasio seit Jahren mit Vehemenz for-

³¹ Vgl. zur Frage der Finanzierung bei Palliative Care auch Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende (2017).

³² Vgl. SGK-SR (2020).

³³ Vgl. SGK-SR (2018).

³⁴ Vgl. George, Finlay & Jeffrey (2005). Vgl. ausserdem Onwuteaka-Philipsen et al. (2005).

³⁵ Borasio (2020), hier: S. 99.

³⁶ Borasio (2020), hier: S. 99. Vgl. auch Baumann-Hölzle (2006).

dert, erweist sich die Abrechnung mittels Fallpauschalen zwecks Reduktion der Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern für palliativmedizinische Abteilungen, auf denen zwischen 50% und über 90% der dort behandelten Patientinnen und Patienten versterben, als unangemessen³⁷. Dies umso mehr in Anbetracht der Tatsache, dass sich 40% der jährlichen Todesfälle in der Schweiz im Spital ereignen. In der Altersgruppe der 50- bis 79-Jährigen ist das Spital sogar der häufigste Sterbeort³⁸. Diese Vergütungsart erzeugt somit einen zeitlichen Druck, der mit einer angemessenen palliativen Versorgung schwer zu vereinbaren ist. Weiter ist eine für die Bevölkerung verständliche Informationskommunikation über angemessene Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten von Palliative Care sehr wichtig. Untersuchungen zeigen, dass zum Beispiel grosse Teile der Bevölkerung den Begriff «Palliative Care» nicht verstehen und nicht wissen, was das ist: Auch wenn die Bekanntheit von Palliative Care in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen hat, haben zwei von fünf Schweizerinnen und Schweizern den Begriff bei einer im Jahre 2017 durchgeführten Umfrage noch nicht gehört³⁹. Die Information über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care ist denn auch sehr wichtig.

Denkanstoss: Was ist besonders wichtig bei Palliative Care? Inwiefern unterscheidet sich Palliative Care von der sonstigen medizinischen Behandlung und Pflege? Wie liesse sich «Palliative Care» verständlich übersetzen?

1.8 Forderung zu These 4: Stärkung von Palliative Care

Die Prognosen des Bundesamts für Statistik (BfS) für den Zeitraum 2015 bis 2045 zeigen, dass die Zahl der Todesfälle in den kommenden Jahren um 50% zunehmen wird (von heute 68'000 auf rund 90'000 Todesfälle in diesem Zeitraum)40. Von diesem Wachstum betroffen ist vor allem die Altersklasse der über 80-Jährigen⁴¹. Wie das Nationale Forschungsprogramm NFP 67 zum «Lebensende» gezeigt hat, besteht in der Schweiz bezüglich Palliative Care eine Unterversorgung, unter anderem aufgrund fehlender Finanzierung⁴². Palliative Care ist zeit- und personalintensiv. Diese Unterversorgung widerspiegelt denn auch das Anreizsystem im schweizerischen Gesundheitswesen, welches medizintechnisches Tun auf Kosten von Zeit- und Personalressourcen präferiert. Daraus resultiert auch eine medizintechnische Überversorgung speziell am Lebensende. Dies führt oft zu verlängerten Sterbeprozessen und schlechter Sterbequalität. Wie eine Erhebung des Bundesamts für Statistik zeigt, richtet

37 Borasio (2020), hier: S. 126.

sich Palliative Care in der Schweiz in Spitälern vor allem an Tumorpatientinnen und -patienten⁴³. So erhielten 30% der Krebspatientinnen und -patienten, die im Jahr 2018 im Spital starben, eine palliative Betreuung. Bei den verstorbenen Patientinnen und Patienten mit einer Krankheit des Kreislaufsystems waren es hingegen lediglich 2,5%44. Aber auch die Palliativversorgung ausserhalb der Spitäler ist sicherzustellen; denn das private und das institutionelle Zuhause (Pflegeheime) werden künftig als Sterbeorte wichtiger⁴⁵. Der Bundesrat hat den Handlungsbedarf in seinem Bericht in Beantwortung auf das Postulat 18.3384 des Ständerats anerkannt: «Das heute mehrheitlich auf Akutmedizin ausgerichtete Gesundheitswesen wird nicht in der Lage sein, alle betroffenen Menschen und ihre Angehörigen in der letzten Lebensphase angemessen zu behandeln und zu betreuen. Es besteht daher ein grosser Handlungsbedarf.»⁴⁶ Vor diesem Hintergrund ist Palliative Care zugunsten einer guten Lebensqualität zu stärken. Gutes Sterben verbessert die Lebensqualität von Angehörigen und wirkt sich präventiv positiv auf deren Gesundheit aus. Palliative Care kann die quantitative Nachfrage auf Suizidbeihilfe zwar reduzieren, aber - wie Studien zeigen - nicht verschwinden lassen⁴⁷. Palliative Care sollte deshalb nachhaltige Unterstützung erhalten. Sowohl bei Palliative Care als auch bei einer Suizidbeihilfe sind Angehörige existentiell mitbetroffen. Sie sind stets im Blick zu behalten, ganz besonders Kinder.

1.9 These 5: Ethisches Dilemma des Rechtsstaates gegenüber dem suizidwilligen Individuum

Der Staat ist auf der einen Seite zum Lebensschutz verpflichtet und daher dazu angehalten, Suizidprävention zu betreiben. Auf der anderen Seite muss er das Verfügungsrecht des Einzelnen über das eigene Leben schützen. Dies impliziert, dass das Selbstbestimmungsrecht im Sinne eines Abwehrrechtes einen hohen Wert darstellt. Der Suizid ist gemäss Artikel 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) nicht strafbar, die Suizidbeihilfe, sofern sie nicht aus eigennützigen Motiven geschieht, ebenfalls nicht. In diesem Sinne gewährt die schweizerische Gesetzgebung uneigennütziger Suizidbeihilfe eine Straffreiheit. Suizidbeihilfe wurde und wird rechtlich als privates Geschehen zwischen zwei vom Leiden eines Menschen betroffenen Menschen gewertet. Die staatliche Schutzverpflichtung äussert sich in der Vorgabe, dass die suizidwillige und Suizidbeihilfe verlangende Person urteilsfähig sein muss, zu ihrer Entscheidung nicht genötigt wird und über die Konsequenzen der Tat informiert ist. In der Schweiz ist Suizidbeihilfe aus selbstsüchtigen Motiven straf-

³⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (o. J.).

³⁹ Die Bekanntheit von Palliative Care ist in der gesamten Schweiz zwischen 2009 und 2018 von 48% auf 59% angestiegen. Vgl. dazu Stettler et al. (2018).

⁴⁰ EDI (2020), hier: S. 19.

⁴¹ BfS (2019b).

⁴² Vgl. Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende (2017), hier: S. 8.

⁴³ BfS (2020).

⁴⁴ Ebd.

⁴⁵ Reich, Signorell & Busato (2013), hier: S. 116.

⁴⁶ EDI (2020), hier: S. 19.

⁴⁷ Borasio (2020), hier: S. 73.

bar und jeder Suizid wird polizeirechtlich vor Ort überprüft.

Aufgrund seines Autonomieanspruches hat jeder urteilsfähige Mensch das Recht, lebenserhaltende Massnahmen abzulehnen, denn jeder und jede hat das Recht, über das eigene Leben zu verfügen und sich auch zu suizidieren, sogar mit Assistenz Dritter. Würde der Staat die Suizidbeihilfe zu einem einforderbaren Recht im öffentlichen Raum machen, müsste er diese auch zur Verfügung stellen. Damit würde die Tötungshandlung zu einer öffentlich-rechtlichen Handlung werden. Diese aber steht im Spannungsfeld der Schutzverpflichtung des Staates gegenüber dem menschlichen Leben.

Denkanstoss: Soll Suizidbeihilfe staatlich geregelt werden? Wenn ja, wie soll dies geschehen und organisiert werden? Wenn nein, warum nicht?

1.10 Forderung zu These 5: Verbot der Werbung für Suizidbeihilfe und Klärungsbedarf hinsichtlich der «Uneigennützigkeit»

Der Suizidwunsch eines Menschen ist häufig ambivalent: Die Menschen wollen durchaus noch leben, wollen aber nicht mehr so weiterleben – nämlich mit bestimmten Schmerzen und Leiden⁴⁸. Manche Menschen kennen auch nicht die Möglichkeiten, wie sie ihrem Leiden entgegenwirken können. Die Werbung für Suizidbeihilfe kann nun diese latente Suizidbereitschaft verstärken und stellt damit eine Fremdgefährdung dar, die im Sinne der Verpflichtung, Suizidprävention zu leisten, eigentlich unterbunden werden müsste. Bereits die Berichterstattung über einen Suizid birgt bei gefährdeten Personen die Gefahr einer Nachahmung. Dieses Risiko ist dann erhöht, wenn von der Suizidbeihilfe bekannte Persönlichkeiten betroffen sind, was zu grosser öffentlicher Aufmerksamkeit führt. Die Medien stehen hier ganz besonders in der Verantwortung. Suizide von Menschen mit hohem Bekanntheitsgrad verhelfen Suizidhilfeorganisationen jeweils zu Neumitgliedern, wie der prominente Fall des Ständerats This Jenny gezeigt hat: Nachdem Jenny mit Begleitung einer Sterbehilfeorganisation aus dem Leben schied, konnte der Verein 12'000 neue Mitglieder gewinnen⁴⁹.

Zudem erhöht solche Werbung beziehungsweise die mediale Berichterstattung darüber auch die gesellschaftliche Akzeptanz des Suizids und verändert damit das gesellschaftliche Klima. Ein solches Klima kann die Bereitschaft zu solidarischem Handeln unterlaufen, zum Beispiel zu wirksamen Massnahmen im Hinblick auf die zunehmende Pflegeproblematik. Die oder der Einzelne wird zunehmend isoliert und für sein oder ihr Schicksal zuständig erklärt. Man könnte sagen, es wächst eine «suizidalistische Mentalität», so Thomas

Suizidbeihilfe ist in der Schweiz nur als uneigennützige Handlung straffrei52. Individualethisch ist die Situation also klar: Wer Suizidbeihilfe leistet, darf daraus keinen persönlichen finanziellen Gewinn oder anderen Nutzen ziehen. Sozialethisch besteht jedoch Klärungsbedarf hinsichtlich der Interpretation dessen, was unter «uneigennützigem Handeln» im Rahmen von Suizidhilfeorganisationen zu verstehen ist. Es stellt sich nämlich die Frage, ob uneigennütziges Handeln ausreichend sichergestellt ist, wenn zwar die direkte Handlung der Suizidbeihilfe kostenlos oder zur Deckung der Unkosten ausgeführt wird, es aber gleichzeitig möglich ist, durch die Annahme von Legaten und Spenden ein Vermögen zu bilden. Es reicht nicht, Organisationen individualethisch allein an Einzelhandlung zu bewerten. Das Handeln einer Organisation ist insgesamt auch sozialethisch zu begutachten und ihre gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen sind zu evaluieren. Der Suizid als Tötungshandlung hat ethisch grosses Gewicht, das heisst eine hohe ethische Eingriffstiefe. Es geht um eine humane Lebens- und Sterbekultur, was konkret bedeutet, dass nicht ein gesellschaftliches Klima entstehen darf, welches den Menschen zum Suizid verleitet.

1.11 These 6: Vom Freiheitsrecht zum staatlichen Einforderungsrecht am Beispiel von Gefängnisinsassen

Aus der «Freiheit zum Suizid» wird zunehmend ein moralisches Einforderungsrecht auf Suizidbeihilfe auch in öffentlich-rechtlichen Institutionen abgeleitet, neuerdings sogar im Gefängnis⁵³. Dabei wird individualethisch mit einem Ausnahmebereich des Individuums argumentiert, wie die Juristinnen

Macho⁵⁰, die in den Massenmedien durch die Sterbehilfeorganisationen beworben wird. Zweitens kann Werbung sogar einen Impuls für einen Suizidwunsch geben, denn Werbung hat letztlich das Ziel, Menschen zu einer bestimmten Handlung zu bewegen. Der so genannte «Werther-Effekt», das heisst die soziale Ansteckung von realem und fiktivem Suizidverhalten, unterstreicht, dass die Medienberichterstattung einen Einfluss auf das Suizidverhalten haben kann⁵¹. Die Werbemassnahmen der Sterbehilfeorganisationen widersprechen somit dem Schutzauftrag des Staates gegenüber suizidwilligen Menschen und seiner Präventionsaufgabe. Deshalb sollte nicht nur sehr zurückhaltend über den Suizid von Prominenten in den Medien berichtet werden, sondern auch ein Werbeverbot für Suizidbeihilfe in der Öffentlichkeit gelten.

⁴⁸ Vgl. Rehmann-Sutter (2006).

⁴⁹ Wenger (2019)

⁵⁰ Macho (2011), hier: S. 407.

⁵¹ Vgl. Ziegler & Hegerl (2002). Vgl. ausserdem Nestor et al. (2017), hier: S. 742.

⁵² Vgl. Artikel 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StBG): «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 Geldstrafe bestraft.»

⁵³ Gerny (2019).

Brigitte Tag und Isabel Baur in einer Expertise urteilen⁵⁴: «Dieser liegt vor, wenn der urteilsfähige Inhaftierte sich aus medizinischer Sicht aufgrund einer letalen Krankheit tatsächlich am Ende seines Lebens befindet, die (Weiter-)Behandlung mit Palliativmedizin ablehnt, sich stattdessen für Suizidbeihilfe entscheidet und keine vorzeitige Haftentlassung in Betracht kommt. Denn in einer solchen Situation gibt es keine sachlichen Kriterien, die eine unterschiedliche Behandlung des selbstbestimmten gefassten Entschlusses des Betroffenen intra muros und extra muros rechtfertigen würde.»

Das Gefängnis ist eine öffentlich-rechtliche Zwangsinstitution. Im Gegensatz zur Suizidbeihilfe in den «eigenen vier Wänden» ist dies kein privater, sondern ein öffentlicher Lebensraum, sodass die Möglichkeit der Suizidbeihilfe im Gefängnis die Grenze der Suizidbeihilfe vom privaten zum öffentlichen Raum überschreitet. Bei der Suizidbeihilfe bei Häftlingen im Kontext einer öffentlich-rechtlichen Zwangsorganisation stellt sich die Frage, ob Suizidbeihilfe hier als private Handlung organisiert werden kann und möglich ist. Ist Suizidbeihilfe ausserhalb des Gefängnisses nicht möglich, so ist einzig die Arzt-Patienten-Beziehung im Gefängnis ein privater Raum. Wird Suizidbeihilfe bei Gefängnisinsassen nach bestimmten Kriterien im öffentlich-rechtlichen Raum möglich, wird die Suizidbeihilfe vom Freiheitsrecht zum staatlichen Einforderungsrecht. Denn aus Äquivalenzgründen müsste Suizidbeihilfe folglich auch in anderen öffentlich-rechtlichen Organisationen erlaubt und sogar rechtlich einforderbar sein. Ein solch rechtliches Einforderungsrecht für Suizidbeihilfe hat das Schweizerische Bundesgericht in seinem wegweisenden Urteil BGH 133 I 58 von 2006 allerdings klar zurückgewiesen⁵⁵: «Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Artikel 8 EMRK [Europäische Menschenrechtskonvention] gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden; dies zumindest, soweit der Betroffene in der Lage ist, seinen entsprechenden Willen frei zu bilden und danach zu handeln.» Demgegenüber lehnt das Schweizer Bundesgericht in diesem Urteil ein Recht auf Beihilfe zum Suizid explizit ab⁵⁶: «Nichts anderes lässt sich der Rechtsprechung der Strassburger Organe entnehmen: Danach ergibt sich aus Art. 2 **EMRK** [Europäische Menschenrechtskonvention] Anspruch darauf, unter Mithilfe eines Dritten oder des Staates sterben zu dürfen; das Recht auf Leben enthält keine entsprechende negative Freiheit [...]».

Diese Einschränkung der Suizidbeihilfe auf ein absehbares Lebensende im Gutachten der Universität Zürich zur Suizidbeihilfe bei Häftlingen von Brigitte Tag und Isabel Baur wird im hieran anknüpfenden Grundlagenpapier des Schweizerischen Kompetenzzentrums für Justizvollzug auf das Leiden eines Menschen abgeschwächt, das heisst, die Suizidbeihilfe muss nicht an dieses absehbare, nahe Lebensende gebunden sein⁵⁷: «Die Erlaubnis zum Rückgriff auf eine Suizidbeihilfe

54 Tag & Baur (2019), hier: S. 69.

feorganisation im Straf- und Massnahmenvollzug soll nur als ultima ratio erfolgen. Bei einem Gesuchseingang hat die einweisende Behörde zusammen mit den Arbeitspartnern (Institutionsleitung, ggf. Therapiestelle) einlässlich zu prüfen, ob sich das Leiden der sterbewilligen Person nicht zum Beispiel durch angepasste Unterbringungsbedingungen, somatische oder psychotherapeutische Behandlungen oder palliative Massnahmen so weit mindern lässt, dass der oder die Betroffene von seinem/ihrem Sterbewunsch absieht.» Die Loslösung vom Kriterium des «nahen Lebensendes» lässt sich auch in den medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften feststellen, wonach Suizidbeihilfe als Gewissensentscheid einer Ärztin beziehungsweise eines Arztes nicht mehr nur am absehbaren Lebensende, sondern aufgrund von nachvollziehbarem Leiden möglich sein soll.

Aus sozialethischer Perspektive stellt sich hier die Frage, ob mit einer Erweiterung der Suizidbeihilfe für Gefangene nicht die Gefahr besteht, dass generell für Menschen, welche sich in der Obhut des Staates befinden, Suizidbeihilfe zur verkappten Problemlösung werden könnte. Dies könnte vor allem dann der Fall sein, wenn es sich um relativ geschlossene Systeme wie etwa Gefängnisse und Pflegeheime mit wenig Aufsicht handelt. In Pflegeheimen oder auch Spitälern könnte dies überall dort der Fall sein, wo Palliativ-Care-Angebote wenig etabliert und vernetzt sind⁵⁸. Dies deshalb, weil Menschen in aussergewöhnlichen Abhängigkeitssituationen psychologisch leichter beeinflussbar sind.

Gesellschaftlich hat sich die Suizidbeihilfe von der moralischen Erlaubnis für viele Menschen gleichwohl zur moralischen Einforderung durchgesetzt, wie es in These 1 dargelegt wurde. Aufgrund der breiten Akzeptanz der Suizidbeihilfe wird zum Recht auf Suizid zunehmend auch das moralische Recht auf Suizidbeihilfe abgeleitet, wie es in These 5 begründet wurde. Folglich wird nicht mehr die Forderung nach Suizidbeihilfe moralisch als begründungspflichtig erachtet, sondern deren Ablehnung.

Denkanstoss: Was passiert, wenn der Staat die Suizidbeihilfe und sogar die Tötung auf Verlangen als einforderbare Handlung akzeptiert? Was würde dies nicht nur für die Suizidbeihilfe, sondern auch für die Tötung auf Verlangen (in der Schweiz nicht erlaubt) in öffentlich-rechtlichen Institutionen bedeuten?

1.12 Forderung zu These 6: Suizidbeihilfe in öffentlichrechtlichen Organisationen

In öffentlich-rechtlichen Institutionen, ausser dem Gefängnis, ist den Sterbehilfeorganisationen der Zutritt auf Einladung eines Suizidwilligen zu gewähren, damit ein Suizid geplant werden kann. Es ist die Verantwortung der Sterbehilfeorgani-

⁵⁵ Schweizerisches Bundesgericht (2006), hier: 6.1.

⁵⁶ Schweizerisches Bundesgericht (2006), hier: 6.2.2.

⁵⁷ Schweizerisches Kompetenzzentrum für den Justizvollzug (2019), hier: S. 4.

⁵⁸ Vgl. Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende (2017), hier: S. 16.

sationen, 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 daher als problematisch zu betrachten, weil es sich hierbei um öffentliche und nicht private Orte handelt. In Pflegeheimen, in denen Menschen wohnen und zuhause sind, sollte die Leitung zusammen mit dem Behandlungs- und Betreuungspersonal grundsätzlich entscheiden, ob in ihrer Institution Suizidbeihilfe geleistet werden darf⁵⁹. Bei diesem Entscheidungsfindungsprozess für die Frage der Ermöglichung der Suizidbeihilfe in der eigenen Institution sollten sowohl das Gesamtwohl aller Bewohnerinnen und Bewohner als auch die Gewissensfreiheit des Personals und nicht nur die 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 Begleitung der Betroffenen die hierfür notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen durch angemessene Vor- und Nachbereitung eines Suizids bereitzustellen.

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 zu verarbeiten. Jedes Heim hat daher auf Anfrage der Menschen, die einen Heimplatz suchen, nach aussen zu kommunizieren, wie die Suizidbeihilfe geregelt wird. 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. Auch urteilsfähige Häftlinge dürfen nicht gegen ihren Willen medizinisch behandelt werden. Suizidbeihilfe an Häftlingen muss eine private Handlung sein.

Bei der Suizidbeihilfe bei Häftlingen im Kontext einer öffentlich-rechtlichen Zwangsorganisation stellt sich die Frage, ob Suizidbeihilfe bei Gefängnisinsassen als private Handlung organisiert werden kann und möglich ist. Ist Suizidbeihilfe ausserhalb des Gefängnisses nicht möglich, so ist einzig die Arzt-Patienten-Beziehung ein privater Raum. In einer solchen Situation soll daher Suizidbeihilfe auch nur als Gewissensentscheidung von Arzt und Patient nach den Vorgaben der medizin-ethischen Richtlinien «Sterben und Tod» als private Handlung erlaubt sein. Eine Gefängnisärztin beziehungsweise ein Gefängnisarzt kann in einer Ausnahmesituation ultima ratio im Sinne eines Gewissensentscheides und in Übereinstimmung mit den medizin-ethischen Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) aus dem Jahre 201860 bei einem Gefängnisinsassen Suizidbeihilfe leisten⁶¹.

1.13 These 7: Das materielle Kriterium für Suizidbeihilfe des «nahen Lebensendes» und die Freiheit zur Selbstschädigung

Um eine unkontrollierte Ausweitung der Suizidbeihilfe zu verhindern, wird oft das «materielle Kriterium» des «nahen Lebensendes» verwendet. Diese Eingrenzung wird auch bei der Ausweitung der Suizidbeihilfe für Gefängnisinsassen vorgeschlagen. Diese Einschränkung widerspricht jedoch dem Grundrechtsanspruch eines jeden Menschen auf Würde und Autonomie, welche beide explizit unabhängig von materiellen Eigenschaften und Fähigkeiten und damit auch unabhängig von materiellen Lebensqualitätskriterien sind. Das sogenannte materielle ethische Kriterium des «nahen Lebensendes» ist aber auch deshalb höchst problematisch, weil damit ein staatlich legitimiertes materielles ethisches Kriterium für eine Lebensqualität eingeführt würde, die «suizidwürdig» wäre, was den Grundlagen der Schweizerischen Bundesverfassung widerspricht. Die Gesellschaft muss sich daher bei der Frage der Suizidbeihilfe im Gefängnis entscheiden: Will sie Suizidbeihilfe zu einem staatlichen Einforderungsrecht beim «nahen Lebensende» machen oder sich weiterhin auf den privaten Raum beschränken und die Entscheidung über das eigene Leben dem urteilsfähigen Individuum überlassen?

Das Kriterium des «nahen Lebensendes» ist aber auch aus pragmatischen Gründen problematisch, da angesichts der sehr wirkungsvollen medizinischen Möglichkeiten zur Lebenserhaltung die Frage, wann ein Mensch sich am Lebensende befindet, zunehmend schwierig zu beurteilen ist. Hinzu kommt, dass in eindeutig terminalen Situationen die Möglichkeit der passiven Sterbehilfe und der terminalen Sedierung Schmerzen und Leiden des Patienten wirkungsvoll lindern kann⁶². Zudem hat jeder Mensch die Freiheit zum Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht, welcher ohnehin zum natürlichen Sterbeprozess gehört⁶³. Bei der Beantwortung der Frage der Zulässigkeit der Suizidbeihilfe in öffentlich-rechtlichen Institutionen wie dem Gefängnis ist deshalb das Kriterium des «nahen Lebensendes» und der «ausgeschöpften anderen Handlungsoptionen» schon rein aus pragmatischen Gründen schwierig anwendbar. Andere Kriterien, zum Beispiel zur Bestimmung einer unerträglichen Leidenssituation, welche eine Suizidbeihilfe legitimieren sollen, sind rechtsstaatlich höchst bedenklich, weil sie die bedingungslose Menschenwürde an Kriterien binden und diese dadurch antastbar wird. Dies wird im nun folgenden Abschnitt darge-

Es wird immer wieder versucht, die Suizidbeihilfe mittels Lebensqualitätskriterien zu regeln, welche das Mass an unzumutbarem und irreversiblem Leiden bei zum Tode führenden Erkrankungen und/oder bei der Todesnähe regeln sollen. Solche Kriterien führen jedoch dazu, dass Menschen, welche solche Lebensqualitäten aufweisen, als «suizidwürdig»

⁵⁹ NEK-CNE (2005).

⁶⁰ Vgl. SAMW (2018).

⁶¹ Auch für die Ärztin und den Arzt ist die Frage der Suizidbeihilfe immer auch eine Frage der Gewissensentscheidung – und des ethischen Dilemmas zwischen Suizidprävention und Patientenautonomie, das sich nie ganz auflösen lässt, auch im individuellen Handel. Vgl. mit Blick auf die SAMW-Richtlinie «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» auch die Ausführungen von Barnikol (2018), hier: S. 1393.

⁶² Vgl. zur Begriffsbestimmung der passiven Sterbehilfe Kap. 2.1 in diesem Positionspapier.

⁶³ Vgl. hierzu den Exkurs zum selbstbestimmten Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht in Kap. 3.

betrachtet werden können und ihr Lebenswert damit relativiert werden könnte. Kritisch dazu äussert sich die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihren medizin-ethischen Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» aus dem Jahre 2018⁶⁴: «Die Formulierung objektiver medizinischer Kriterien für die Zulässigkeit der Suizidhilfe ist problematisch, da solche einerseits zu schwierigen Abgrenzungsfragen führen würden und andererseits in Situationen, in denen die Kriterien erfüllt sind, die Suizidhilfe als eine der Handlungsoptionen vorgegeben wäre. Dies könnte Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde unter Rechtfertigungsdruck setzen, wenn sie diese Option nicht in Betracht ziehen wollen. Zudem ist es nicht der medizinisch objektivierbare Zustand, der bei der Patientin beziehungsweise dem Patienten zum selbstbestimmten Suizidwunsch führt, sondern das subjektiv erlebte unerträgliche Leiden. Dieses lässt sich nicht objektivieren, es kann aber im intersubjektiven Nachvollzug durch die behandelnde Ärztin plausibel gemacht werden. Um zu rechtfertigen, dass die Suizidhilfe überhaupt in den medizinischen Zuständigkeitsbereich fällt, müssen aber medizinisch fassbare Krankheitssymptome oder Funktionseinschränkungen vorliegen.»65

Denkanstoss: Welche Möglichkeiten und Grenzen für den Umgang mit Suizidbeihilfe eröffnet das materielle Kriterium des «nahen Lebensendes»?

1.14 Forderung zu These 7: Keine Lebensqualitätskriterien zur Regelung der Suizidbeihilfe

Lebensqualitätskriterien als Kriterien für die Bestimmung der Zulässigkeit für Suizidbeihilfe stehen im Gegensatz zum Anspruch eines jeden Menschen auf Menschenwürde und Menschenrechte, welche unabhängig von irgendwelchen Fähigkeiten und Eigenschaften gelten und die moderne Demokratie und Verfassung begründen. Die Entscheidung für oder gegen einen Suizid ist ein Gewissensentscheid eines urteilsfähigen Individuums, welches diesen Entscheid unabhängig von äusseren Zwängen selber verantworten muss. Gleichwohl ist der Staat zum Lebensschutz und damit zur Suizidprävention verpflichtet. Doch die staatliche Handlungsmacht wird begrenzt durch das Abwehrrecht des Individuums, welches nicht gegen seinen Willen am Leben erhalten werden darf. Der Staat muss deshalb den Tod des urteilsfähigen Individuums in Kauf nehmen. Es gilt denn auch nicht die «Suizidwürdigkeit» eines Menschen zu definieren, sondern die Suizidbeihilfe als solche zu regeln. So muss der Suizidwillige urteilsfähig und sein Wunsch dauerhaft sein; sein Entscheid muss ohne Zwang und informiert über Handlungsalternativen erfolgen. Besonders zu beachten sind direkte und indirekte (auch gesellschaftliche) Zwänge, welche Menschen zum Suizid verleiten können.

1.15 These 8: Sterben in Würde

Die Errungenschaften der Medizin mit ihren vielfachen Möglichkeiten der Lebensverlängerung und Lebenserhaltung werden heute als durchaus ambivalent erfahren. Der Ruf nach einem «Recht auf den eigenen Tod» und das Postulat eines «Sterbens in Würde» ist auch vor dem Hintergrund der Übertherapie am Lebensende entstanden. 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» bezeichnet⁶⁶.

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 Sterbesituation⁶⁷. So begründete etwa Nationalrat Victor Ruffy 1994 seine Motion zur Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe damit, dass es «unheilbare Krankheiten gebe, welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen»68. Auch die daraufhin vom Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement eingesetzte Expertenkommission meinte, gerade weil es bei der aktiven Sterbehilfe, also bei der Tötung einer Patientin beziehungsweise eines Patienten auf eigenen Wunsch hin, «um so Wesentliches wie den Schutz der Menschenwürde geht»69, die durch eine fortschreitende Krankheit beeinträchtigt werden könnte, sei von einer Bestrafung aktiver Sterbehelfer abzusehen.

Die fehlende Unterscheidung der verschiedenen Würdebegriffe in der Rede vom «würdevollen Sterben» ist ethisch problematisch, weil der normative Begriff der «inhärenten Menschenwürde»⁷⁰, die jedem Menschen als Mensch eigen ist und nicht verloren werden kann, unabhängig von äusseren Umständen und vorhandenen Fähigkeiten, mit der empirischen Vorstellung einer verlierbaren Lebensqualität, die durch zufällige gesundheitliche Zustände, persönliche Fähigkeiten oder durch äussere Umstände bestimmt ist, vermischt wird⁷¹. 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 ohne Fähig-

⁶⁴ SAMW (2018), hier: S. 24.

⁶⁵ Hervorhebungen im Zitat durch die Autorinnen und Autoren.

⁶⁶ Hastings-Report (2002).

⁶⁷ Baumann-Hölzle (2000).

⁶⁸ Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1999), hier: S. 8.

⁶⁹ Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1999), hier: S. 35.

⁷⁰ Inhärent kommt von lateinisch *inhaerens* und meint «innewohnend» beziehungsweise «einer Sache anhaftend».

⁷¹ Baumann-Hölzle (2003).

keit zur Selbstbestimmung nach mehrjährigem Pflegeheimaufenthalt in einem langen Sterbekampf stirbt, macht zwar auf der Ebene der Lebensqualität einen grossen Unterschied; mit Blick auf die Menschenwürde der jeweils sterbenden Person besteht allerdings zwischen beiden Sterbesituationen keinerlei Unterschied. Es gibt keine Krankheiten, welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen einschränken können. Die Würde des Menschen ist in dem Sinne unantastbar, dass ein Mensch sie nie verliert. Jeder Mensch behält immer seinen Würdeanspruch, denn er ist ihm mit dem Menschsein gegeben. 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 hätten⁷².

Der ethische Gesichtspunkt der Würde ist deshalb im Kontext eines Sterbeprozesses nicht auf die Qualität des Zustandes oder des Verhaltens des Lebenden und/oder Sterbenden zu beziehen, sondern vielmehr auf die Art, wie Ärzteschaft, Pflegende 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 Menschenwürde geprägt ist. Es geht also unter ethischem Gesichtspunkt nicht um die Würde, mit der ein Mensch stirbt, sondern um das der Würde gemässe, das heisst von Respekt vor der Würde des Sterbenden geprägte Verhalten in der Begleitung von Sterbenden. Hierzu braucht es keine neue Berufsgruppe von nicht medizinisch ausgebildeten «Sterbeexpertinnen und -experten», sondern entsprechend gute und professionell ausgebildete, empathische Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegende⁷³. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung zeichnet sich gerade dadurch aus, dass existentielle Fragen rund ums Lebensende thematisiert werden.

Wie also gezeigt, ist ein Mensch nie unwürdig, selbst dann nicht, wenn er sein Leben selbst als unwürdig betrachtet. Gleichwohl kann er aber 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 haben⁷⁴.

Denkanstoss: Welche Bedeutung hat die Menschenwürde in der Gesetzgebung der Schweiz und in der Medizin- und Pflegeethik mit Blick auf das Lebensende? Zu welchen Veränderungen würde die Bindung der Menschenwürde an konkrete Eigenschaften und Fähigkeiten, respektive materielle Lebensqualitätskriterien, in Gesetzgebung und Verfassung führen?

1.16 Forderung zu These 8: Etablierung einer Sterbekultur

In einer humanen Gesellschaft geschieht der vielfältige und vielschichtige Prozess menschlichen Sterbens nicht - 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 diesbezüglich zu gestaltende «Sterbekultur» hilft der Gesellschaft beziehungsweise der Einzelnen oder dem Einzelnen, die Sterbephase ihres beziehungsweise seines Lebens so gut wie möglich zu erfahren - und stellt ihr beziehungsweise ihm dafür Rahmenbedingungen und Unterstützung zur Verfügung. Fragen wir aus spezifisch ethischer Sicht nach einer Sterbekultur, so geht es darum, wie in unserer Gesellschaft zu Hause, in einem Spital, Pflegeheim oder in einem Gefängnis 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: Es geht darum, 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 dadurch der Verantwortung nicht entziehen, das Notwendige vorzukehren, damit sich menschliches Sterben nicht gleichsam 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», also die Sterbekultur, ist Teil einer «ars vivendi», also einer Lebenskultur⁷⁵.

Eine Sterbekultur stellt den Anspruch, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es allen Beteiligten ermöglichen, den Tod als natürlichen Teil des Lebens anzunehmen und ihn nicht zu verdrängen. Die «ars moriendi» ermöglicht es allen Betroffenen, 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 den Sterbenden zustehen soll. Dies bedeutet auch, dass Altersgebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit, Behinderung, Krankheit und Leiden als zur Grundverfassung der menschlichen Existenz gehörig anzuerkennen und nicht auszublenden sind⁷⁶. Eine achtsame Sterbekultur ist eingebettet in eine verantwortungsbewusste Sorgekultur, Organisation und Gesellschaft, die sowohl den Anspruch auf Menschenwürde und Autonomie als auch die vielfältigen Abhängigkeitsphänomene der Menschen ernst nimmt.

⁷² Ebd.

⁷³ Zimmermann-Acklin (2009), hier: S. 231.

⁷⁴ Ethische Probleme am Lebensende (2004).

⁷⁵ Eb

⁷⁶ Zimmermann-Acklin (2009), hier: S. 230

2 Begriffsklärungen: Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe

In der Debatte um die Sterbehilfe werden die Begriffe «passive Sterbehilfe» und «aktive Sterbehilfe» unterschiedlich verwendet und interpretiert. Auch die Begriffsbestimmung des «selbstbestimmten Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts» ist oft unklar. Die folgenden Begriffsklärungen orientieren sich an der Art des Einsatzes respektive des Unterlassens von lebenserhaltenden Massnahmen auf der einen Seite und an der bewussten sowie absichtlichen Verkürzung des menschlichen Lebens auf der anderen Seite. Die nachfolgenden Begriffsbestimmungen sind dem «Positionspapier zum Thema Sterbehilfe: Hilfe beim Sterben – nicht Hilfe zum Sterben!» entnommen⁷⁷.

Handlung mit doppelter Wirkung: Bei der Handlung mit doppelter Wirkung werden Schmerzmittel auch auf die Gefahr hin eingesetzt, dass sie den Sterbeprozess der Patientin beziehungsweise des Patienten beschleunigen. Diese Handlungen mit doppelter Wirkung werden auch als «indirekte» oder «indirekt 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, die Patientin beziehungsweise den Patienten zu töten, vielerorts zu wenig Schmerzmittel zur Schmerzlinderung verabreicht werden, ist die Begriffsverwendung der «indirekt aktiven Sterbehilfe» für die Sterbenden nachteilig und die Autorinnen und Autoren dieses Positionspapiers bevorzugen den Ausdruck «Handlung mit doppelter Wirkung». Dazu gehören auch die Möglichkeiten der terminalen Sedierung, welche sehr sorgfältig und gemäss den Kriterien der medizin-ethischen Richtlinien der SAMW von 2018 anzuwenden sind78.

2.1 Passive Sterbehilfe

Zur 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 darunter die nachfolgend genannten Handlungen verstanden:

- Sterbebegleitung: Unter Sterbebegleitung versteht man die physische und psychosoziale Begleitung eines sterbenden Menschen. Dazu gehört auch die Palliative Care, welche in ihrer ursprünglichen Bedeutung so viel heisst wie: Den Mantel schützend um jemanden legen.
- Behandlungsverzicht (Unterlassen einer Handlung): Auf eine mögliche lebenserhaltende Massnahme wird bewusst verzichtet, weil sie der Patientin beziehungsweise dem Patienten nicht mehr angemessen ist.
- Behandlungsabbruch (Einstellen einer Handlung, die bisher erbracht wurde): Eine laufende, lebenserhaltende Massnahme wird eingestellt, weil sie der Patientin beziehungsweise dem Patienten nicht mehr angemessen ist.

2.2 Aktive Sterbehilfe

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

Bei der Selbsttötung unterscheidet man:

- 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 urteilsfähigen Menschen zugelassen. Der Entscheid muss freiwillig und ohne äusseren Zwang erfolgen. Trotzdem wird Suizidprävention betrieben. Bei suizidaler Selbstgefährdung eines fraglich urteilsfähigen Menschen besteht auch die Möglichkeit einer fürsorgerischen Unterbringung dann, wenn der Suizid nicht als Ausdruck der Autonomie respektive der persönlichen Freiheit angesehen werden kann.
- Beihilfe zum Suizid: Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz erlaubt, solange die Suizidbeihilfe nicht aus eigennützigen Motiven geschieht. Diese Freiheit hat 1918 Eingang in die schweizerische Gesetzgebung gefunden: Suizidbeihilfe sollte im Kontext einer Freundschaft rechtlich nicht verfolgt werden⁷⁹. Auf dieser Grundlage rechtfertigen Sterbehilfeorganisationen ihre Aktivitäten.

⁷⁸ Vgl. SAMW (2018).

⁷⁹ Rehmann-Sutter (2005).

Bei der Fremdtötung unterscheidet man:

- Tötung auf Verlangen: Bei der Tötung auf Verlangen ist der ausdrückliche Tötungswunsch des Sterbenden Bedingung. In der Schweiz wird diesbezüglich seit Jahren eine Liberalisierung diskutiert⁸⁰. 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.
- Tötung ohne explizites Verlangen: Die Tötung eines Menschen ohne dessen explizites Verlangen beruht auf einem Fremdurteil. Die Person, welche die Tötung ausführt, urteilt entweder selber über die Lebensqualität, den Lebenswert und Lebenssinn der Patientin beziehungsweise des Patienten, die oder der getötet wird, oder nimmt das Urteil einer Drittperson als Legitimation ihres Tötungsvorganges.

3 Exkurs: Selbstbestimmter freiwilliger Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht

Beim selbstbestimmten freiwilligen Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht (Abkürzung: FNFV) entscheiden urteilsfähige Patientinnen und Patienten aus eigenem Willen, nicht mehr zu essen und zu trinken. Untersuchungen im US-amerikanischen Bundesstaat Oregon haben gezeigt, dass Menschen in der Folge sehr friedlich versterben⁸¹. Der Tod ist in dieser Situation nur vom Sterbewilligen selbst zu verantworten. Ob es sich beim FNFV um einen Suizid handelt, wird kontrovers diskutiert. Ausserhalb der Sterbephase kommt der FNFV dem Suizid sehr nahe, hat der Sterbeprozess bereits eingesetzt, so unterstützt der FNFV den natürlichen Sterbeprozess und kann als passive Sterbehilfe betrachtet werden. Ausserhalb der Sterbephase wird der FNFV auch als eine Suizidform gewertet. Der Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht ermöglicht das selbstbestimmte Sterben aber in jedem Fall so, dass es nicht zu einer Tötungshandlung im gesellschaftlichen Handlungskontext kommt, 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 über die Möglichkeit des Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichtes 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 veranlasst 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 beziehungsweise der Patient hat die Möglichkeit, die Entscheidung umzustossen und wieder Nahrung und Flüssigkeit zu beanspruchen beziehungsweise zu sich zu nehmen. Die Sicherheit, keinen Irrtum und keine Missachtung des Willens der Patientin beziehungsweise des Patienten zu begehen, ist im Vergleich zur Beihilfe zum Suizid oder gar zur Fremdtötung um Grössenordnungen höher, vorausgesetzt der Patientin beziehungsweise dem Patienten wird während dieser Phase immer Nahrung und Flüssigkeit angeboten, insbesondere falls sie oder er danach verlangt⁶². Anders zu beurteilen sind Situationen mit Essstörungen, in deren Rahmen Flüssigkeit und Nahrung verweigert werden.

⁸⁰ Vgl. Motion von Victor Ruffy in Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1999), hier: S. 8. Vgl. ausserdem Cavalli (2000).

⁸¹ Vgl. Ganzini et al. (2003) und Jacobs (2003).

⁸² Vgl. Aebi (2015).

4 Voraussetzungen für die Entscheidungsfindung am Lebensende

4.1 Urteilsfähigkeit und Wunsch nach Sterbehilfe

Die urteilsfähige Patientin beziehungsweise der urteilsfähige Patient hat das Recht auf einen eigenen Entscheid. Bevor auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird, müssen die Voraussetzungen für eine auf umfassender Information basierende Entscheidung der Patientin beziehungsweise des Patienten geschaffen werden, die schliesslich zu respektieren ist. An der Patientin beziehungsweise dem Patienten liegt es auch zu entscheiden, ob bei diesem Entscheidungsfindungsprozess nahestehende Menschen beizuziehen sind.

Bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten orientiert sich die Entscheidungsfindung an ihrem mutmasslichen Willen und dem gesundheitlichen Wohl im Sinne von «besten Interessen» (engl. «best interests»). In dieser Situation sind folgende Personen der Reihe nach berechtigt, eine urteilsunfähige Patientin beziehungsweise einen urteilsunfähigen Patienten bei einem Entscheid über medizinische Massnahmen zu vertreten, wie sie in der Gesetzeskaskade des Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes festgelegt ist (vgl. Art. 378 E-ZGB):

- 1. Die in einer Patientenverfügung oder einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person
- 2. Der Beistand mit Vertretungsrecht in medizinischen Massnahmen
- 3. Wer als Ehegatte oder eingetragene Partnerin beziehungsweise eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihm regelmässig und persönlich Beistand leistet
- 4. Die Person, die mit urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten einen gemeinsamen Haushalt führt⁸³
- 5. Die Nachkommen⁸³
- 6. Die Eltern⁸³
- 7. Die Geschwister⁸³

Die Stellvertretung hat die Aufgabe, anwaltschaftlich gemäss dem in der Patientenverfügung geäusserten antizipierten Patientenwillen und, wenn eine solche nicht vorhanden ist, im Sinne des mutmasslichen Patientenwillens eine auf umfassende Information basierende informierte Einwilligung zum ärztlich festgelegten Behandlungsplan zu geben.

4.2 Behandlungsplan und -vereinbarung

In komplexen Patientensituationen in einer Situation der Urteilsunfähigkeit einer Patientin beziehungsweise eines Patienten wird ein Behandlungsplan möglichst interprofessionell und auch organisationsübergreifend von den in die Behandlung und Pflege involvierten Fachpersonen zuhanden der Stellvertretung, soweit möglich unter Einbezug der urteilsunfähigen Person, erstellt. Derartige interdisziplinäre Reflexions- und Entscheidungsfindungsprozesse werden strukturiert, transparent und verbindlich unter Einbezug möglichst vieler Sichtweisen vollzogen und müssen auch im Nachhinein aufgrund des Protokolls überprüfbar sein⁸⁴.

Entscheidungsfindungsprozesse brauchen Raum und Zeit. Die hierfür notwendigen Ressourcen sind bereitzustellen. Die Stellvertretung kann den Behandlungsplan ablehnen, jedoch nicht alle Behandlungsmassnahmen einfordern, die darüber hinausgehen. Können sich die beiden Parteien nicht einigen, weil sie unterschiedliche Vorstellungen zum Patientenwohl haben, so können sie sich an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) wenden. Im Gegensatz zur Patientenverfügung kann die Stellvertretung zusammen mit der verantwortlichen Ärztin beziehungsweise dem verantwortlichen Arzt eine Behandlungsvereinbarung für die urteilsunfähige Patientin beziehungsweise den urteilsunfähigen Patienten erstellen. Dies ist ein schriftlich abgefasster Therapieplan in einer konkreten Patientensituation, der auch zukünftige Ereignisse regeln kann. Bei einer Erstellung durch die Stellvertretung ist eine zeitlich unbegrenzte medizinische Vorausplanung dennoch ausgeschlossen. In einer solchen Situation legt die Behandlungsvereinbarung die medizinischen Massnahmen fest, die in einer unmittelbaren Krisensituation umgesetzt werden sollen. In der Behandlungsvereinbarung verpflichten sich beide Seiten auf den Therapieplan und unterzeichnen diesen. Dies im Gegensatz zur Patientenverfügung, die einseitig nur von der Patientin beziehungsweise von dem Patienten unterschrieben wird.

4.3 Patientenverfügung

Eine in gesunden Tagen verfasste Patientenverfügung bietet wichtige Hinweise für die Ermittlung des mutmasslichen Patientenwillens, falls die betroffene Person ihre Autonomie zu einem späteren Zeitpunkt 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 die urteilsunfähige Patientin beziehungsweise der urteilsunfähige Patient befindet. Ist eine Patientenverfügung im Wissen um eine bereits bestehende Krankheit verfasst worden, so handelt es sich

⁸³ Dies gilt, sofern diese vertretende Person der urteilsunf\u00e4higen Person regelm\u00e4ssig und pers\u00f3nlich Beistand leistet.

⁸⁴ Für solche Prozesse hat Dialog Ethik zusammen mit interdisziplinär zusammengesetzten Behandlungsteams strukturierte Entscheidungsfindungsverfahren für die Praxis entwickelt, die an die jeweilige Organisationskultur angepasst werden.

nicht nur um einen mutmasslichen, sondern um einen antizipierten Willen der Patientin beziehungsweise des Patienten.

Patientenverfügungen dienen aber nicht nur dem Zweck, den Willen eines Menschen optimal wiederzugeben. Vielmehr geht es um die Bereitschaft zur persönlichen Auseinandersetzung mit den Themen «Leben» und «Sterben». Diese Auseinandersetzung gehört zum menschlichen Reifungsprozess. Eine Patientenverfügung ist noch kein Behandlungsplan; sie kommt einem solchen jedoch umso näher, je präziser sie ist. Sie muss in urteilsfähigem Zustand erstellt werden und sowohl datiert als auch unterschrieben sein. Stellvertretend kann keine Patientenverfügung erstellt werden.

Auch ist die Patientenverfügung vom Vorsorgeauftrag zu unterscheiden. Letzterer dient dazu, die Entscheidungsbefugnis hinsichtlich Personensorge, Vermögenssorge und Vertretung im Rechtsverkehr einer Vertrauensperson zu übertragen⁸⁵. Eine Patientenverfügung kann aber nicht isoliert als «Letztentscheidungsinstrument» verwendet werden, zumal eine solche Verfügung den konkreten Fall – sofern ihre Erstellung nicht im Rahmen einer laufenden therapeutischen Beziehung mit der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem behandelnden Arzt erfolgt – immer nur annähern kann.

Die Behandlungsvereinbarung hingegen ist ein konkreter und schriftlich abgefasster Therapieplan, der zwischen der Patientin beziehungsweise dem Patienten - oder im Falle der Urteilsunfähigkeit auch mit der Stellvertretung der Patientin beziehungsweise des Patienten für eine unmittelbare medizinische Krisensituation - mit der behandelnden Ärztin beziehungsweise mit dem behandelnden Arzt vereinbart wird. Dabei ist wichtig zu bemerken, dass jede Arzt-Patienten-Beziehung und auch jede Arzt-Stellvertreter-Beziehung rechtlich als Vertrag gilt und bindend ist. Alle Therapieentscheidungen zwischen Ärztin beziehungsweise Arzt und Patientin beziehungsweise Patient im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung, welche nach einer Patientenverfügung getroffen werden, haben eine höhere rechtliche und ethische Verbindlichkeit als die Inhalte eine Patientenverfügung. Es ist daher sehr wichtig, dass die Ärztin beziehungsweise der Arzt diese genau dokumentiert und wenn möglich mit der Patientin beziehungsweise dem Patienten einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellt.

Mobei der Vorsorgeauftrag Elemente einer Patientenverfügung enthalten darf. Die Anordnungen einer Patientenverfügung beziehen sich somit auf die «Personensorge für den Krankheitsfall» (Rosch, Büchler & Jakob 2011, hier: S. 81). In diesem Fall muss es sich bei der vorsorgebeauftragten Person um eine natürliche Person handeln. Auch kann ihr die den Auftrag gebende Person Weisungen erteilen. Damit der Vorsorgeauftrag wirksam wird, hat die Kindes- und Erwachsenschutzbehörde den Vorsorgeauftrag auf seine Gültigkeit hin zu prüfen und ihn zu vallidieren. Dieser Prozess ist zeitintensiv. Aus praktischen Gründen erweist sich deshalb die Regelung medizinischer Fragen im Vorsorgeauftrag als wenig geeignet.

5 Literatur

- Aebi-Müller, Regina E. (2015): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Die Perspektive des Rechts. In: Eychmüller, Steffen; Amstad, Hermann (Hrsg.) (2015): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Folia Bioethica, 39: S. 47–56.
- Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1999): Sterbehilfe. Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement. 31. März 1999.
- Ethische Probleme am Lebensende (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.
- Barnikol, Michael (2018): Die Regelung der Suizidbeihilfe in den neuen SAMW-Richtlinien. In: Schweizerische Ärztezeitung, 99(41): S. 1392–1396.
- Battaglia, Denise; Baumann-Hölzle, Ruth (Hrsg.) (2013): Gutes Leben gutes Sterben. Zürich, Basel u. Genf: Schulthess Juristische Medien.
- Baumann-Hölzle, Ruth (2003): Autonomie als Verantwortung. In: Mettner, Matthias; Schmitt-Mannhart, Regula (Hrsg.) (2003): Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende. Zürich: NZN Buchverlag; S. 229–245.
- Baumann-Hölzle, Ruth (2006): Freiheit und Beihilfe zum Suizid im Kontext von Mittelknappheit und Kostendruck im Gesundheitswesen vom Gewissensentscheid zur öffentlichen Gesundheitsvorsorge. In: Rehmann-Sutter, Christoph; Bondolfi, Alberto; Fischer, Johannes; Leuthold, Margit (Hrsg.) (2006): Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin. Bern u. a.: Peter Lang; S. 271–285.
- Baumann-Hölzle, Ruth (2007): Selbsttötung als Menschenrecht ethische Überlegungen zu einem gesellschaftlichen Klimawandel. In: Schweizerische Ärztezeitung, 88(35): S. 1446–1451.
- Baumann-Hölzle, Ruth; Arn, Christof; Baumann, Max; Weidmann-Hügle, Tatjana; Müri, Corinna; Pachlatko, Christoph; Meier-Allmendinger, Diana; Egli, Gustav; Giger, Max (2005): Positionspapier zum Thema Sterbehilfe. Hilfe beim Sterben nicht Hilfe zum Sterben! Zürich: Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen der Stiftung Dialog Ethik (Herausgeber). Zürich; OnShop (Druck).
- Baumann-Hölzle, Ruth; Graf, Gerda (2019): Initiative Sorgekultur gerecht und solidarisch sorgen in Stadt und Kreis Düren. In: Thema im Fokus (TiF), Ausg. 140: S. 8–13.
- Baumann-Hölzle, Ruth; Gregorowius, Daniel (2020): Ethische Entscheidungsfindung in der Neonatologie. Plädoyer

- für einen technikorientierten Ansatz. In: Riedel, Annette; Lehmeyer, Sonja (2020): Ethik im Gesundheitswesen. Berlin und Heidelberg: Springer; Kap. 6, S. 1–13.
- Baumann-Hölzle, Ruth; Wils, Jean-Pierre; Huber, Hildegard; Graf, Gerda (2017): Caring Communities als gelebte Sorgekultur. Gemeinsame Sorge um vulnerable Menschen in den Kommunen. In: Lilie, Ulrich, Beer, Wolfgang, Droste, Edith, Giebel, Astrid (Hrsg.) (2018): Auf dem Weg zur Sorgekultur. Blinde Flecken in der alternden Gesellschaft. Esslingen: der hospiz verlag; S. 56–70
- BfS Bundesamt für Statistik (2019a): Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind weiterhin die häufigsten Todesursachen in der Schweiz. Todesursachenstatistik 2017. Medienmitteilung, Stand: 16. Dezember 2019. Bern: Bundesamt für Statistik (BfS). Quelle: www.bfs.admin. ch/bfs/de/home.assetdetail.11227248.html.
- BfS Bundesamt für Statistik (2019b): Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2016. Todesursachenstatistik. Bern: Bundesamt für Statistik (BfS).
- BfS Bundesamt für Statistik (2020): Hospitalisierungen mit Palliative Care im Jahr 2018. Bern: Bundesamt für Statistik (BfS).
- Borasio, Gian Domenico; Jox, Ralf J.; Taupitz, Jochen; Wiesing, Urban (2020): Selbstbestimmung in Sterben Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. 2. erweiterte und überarbeite Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- BVerfG Bundesverfassungsgericht (2020): Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1-343. Quelle: www.bverfg.de/e/rs20200226_2b-vr234715.html.
- Cavalli, Franco (2000): Parlamentarische Initiative Nr. 00.441: Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe. Neuregelung. Eingereicht von: Franco Cavalli, Sozialdemokratische Fraktion, Sozialdemokratische Partei der Schweiz. Einreichungsdatum: 27. September 2000. Eingereicht im: Nationalrat. Stand der Beratungen: Erledigt. Quelle: www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?Affairld=20000441.
- EDI Eidgenössisches Departement des Innern (2020): Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018.
- Faisst, Karin; Fischer, Susanne; Bosshard, Georg; Zellweger, Uelli; Bär, Walter; Gutzwiller, Felix (2003): Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. In: Schweizerische Ärztezeitung, 84(32/33): S. 1676–1678.
- Fournier, Véronique (2020): Gérér le désir de mort d'une perspective d'éthique Clinique. In: Institut des humanités

- en médecine, Université de Lausanne (2020): Lunch webinaire Formation continue en éthique clinique webinaire (Fortbildungsreihe Klinische Ethik). 6 octobre 2020.
- Ganzini, Linda; Goy, Elizabeth R.; Miller, Lois L.; Harvath, Theresa A.; Jackson, Ann; Delorit, Molly A. (2003): Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. In: The New England Journal of Medicine, 349(4): pp. 359–356.
- George, Rob J. D.; Finlay, Ilora; Jeffrey, David (2005): Legalised euthanasia will violate the rights of vulnerable patients. In: British Medical Journal, 331(7518): pp. 684–685.
- Gerny, Daniel (2019): Wenn Verbrecher sterben wollen. In: Neue Zürcher Zeitung (NZZ), 18. Oktober 2019.
- Hastings-Report (2002): Die Ziele der Medizin. In: Stauffacher, Werner; Bircher, Johannes (Hrsg.) (2002): Zukunft Medizin Schweiz. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag.
- Hurst, Samia A.; Zellweger, Ueli; Bosshard, Georg; Bopp, Matthias; Swiss Medical End-of-Life Decisions Study Group (2018): Medical end-of-life practices in Swiss cultural regions: a death certificate study. In: BMC Medicine, 16(54): pp. 1–8.
- IfD Allensbach Institut für Demoskopie Allensbach (2014): Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe. Aus: Allensbacher Kurzbericht, 6. Oktober 2014. Allensbach: Institut für Demoskopie Allensbach.
- Jacobs, Sandra (2003): Death by Voluntary Dehydration What the Caregivers Say. In: The New England Journal of Medicine, 349(4): pp. 325–327.
- KNA, Deutsches Ärzteblatt (2018): Holländische Sterbehilfe-Kontrolleurin tritt aus Protest zurück. In: Deutsches Ärzteblatt, 25. Januar 2018. Quelle: www.aerzteblatt. de/nachrichten/88797/Hollaendische-Sterbehilfe-Kontrolleurin-tritt-aus-Protest-zurueck.
- Krättli, Nicole; Loacker, Susanne (2014): Tod auf Verlangen auch für «Lebenssatte». In: Der Beobachter. Aktualisiert am 25. September 2014.
- Lanz, Anita (2020): Würdiger, selbstbestimmter Tod nach guter Planung? In: Schweizerische Ärztezeitung, 101(4): S 117–118
- Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende (2017): Synthesebericht NFP 67 Lebensende. Bern: Schweizerischer Nationalfonds. Quelle: www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-de.pdf.
- Lindner, Josef Franz (2020): Verbot geschäftsmäßiger Suizidförderung ins Grundgesetz? Zugleich Anmerkung zu BVerfG, Urt. v. 26.2.2020 2 BvR 2347/15, 651/16, 1261/16, 1593/16, 2354/16, 2527/16. In: Medizinrecht, 38(7): S. 527–531.
- Macho, Thomas (2011): Vorbilder. München: C. H. Beck.
- Macho, Thomas (2017): Das Leben nehmen Suizid in der Moderne. Berlin: Suhrkamp Verlag.

- Memm, Kristin (2020): Sterbehilfe einstweilen wieder legal? Bundesverfassungsgericht schafft Verbot ab. In: Geriatrie-Report, 15(3): S. 6–7.
- NEK-CNE Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2005): Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme 9/2005. Bern: Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE).
- Nestor, Karen; Ebneter, Kurt; Hvalic, Ciril; Brändle, Michael; Büche, Daniel (2017): Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben oder Hilfe zum Leben? Sterbehilfe rechtlich, ethisch und palliativ betrachtet. In: Swiss Medical Forum, 17(35): S. 738–743.
- Onwuteaka-Philipsen, Bregje D.; van der Heide, Agnes; Muller, Martien T.; Rurup, Mette (2005): Dutch experience of monitoring euthanasia. In: British Medical Journal, 331(7518): pp. 691–693.
- Reckwitz, Andreas (2019): Die Gesellschaft der Singularitäten Zum Strukturwandel der Moderne. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Rehmann-Sutter, Christoph (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. Zürich: Paulus-Akademie.
- Rehmann-Sutter, Christoph (2006): Gesellschaftliche Implikationen der Empfehlungen der Nationalen Ethikkommission. In: Rehmann-Sutter, Christoph; Bondolfi, Alberto; Fischer, Johannes; Leuthold, Margit (Hrsg.) (2006): Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin. Bern u. a.: Peter Lang; S. 51–66.
- Reich, Oliver; Signorell, Andri; Busato, André (2013): Place of death and health care utilization for people in the last 6 months of life in Switzerland: a retrospective analysis using administrative data. In: BMC Health Services Research, 13(1): pp. 116.
- Rosch, Daniel; Büchler, Andrea; Jakob, Dominique (2011): Das neue Erwachsenenschutzrecht. Einführung und Kommentar zu Art. 360ff ZGB. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag
- SAMW Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2018): Umgang mit Sterben und Tod. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW. Vom Senat der SAMW genehmigt am 17. Mai 2018. Bern: Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- Schwarzenegger, Christian; Manzoni, Patrik; Studer, David; Leanza, Catia (2010): Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält. In: Jusletter, 13. September 2010.
- Schweizerisches Bundesgericht (2006): BGH 133 I 58. 7. Auszug aus dem Urteil der II. öffentlich-rechtlichen Abteilung i.S. X. gegen Gesundheitsdirektion und Verwaltungsgericht des Kantons Zürich bzw. X. gegen Eid-

- genössisches Departement des Innern (Verwaltungsgerichtsbeschwerde). 2A.48/2006 / 2A.66/2006 vom 3. November 2006.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (o. J.):
 Auswertung von Daten zum Sterbeort der Jahre 2006
 bis 2011. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
 Bern: Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Schweizerisches Kompetenzzentrum für den Justizvollzug (2019): Der assistierte Suizid im Straf- und Massnahmenvollzug. Grundlagenpapier. Mitglieder der Arbeitsgruppe: Barbara Rohner, Luc Avigdor, Daniel Bosshart, Bidisha Chatterjee, Vanino Da Dalt, Markus D'Angelo, Markus Eichelberger, Sandrine Hauswirth, Thomas Noll, Thierry Urwyler. Stand: 25. Juli 2019. Fribourg: Schweizerisches Kompetenzzentrum für den Justizvollzug.
- SGK-SR Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SR (2018): Postulat Nr. 18.3384: Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Eingereicht von: Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR). Einreichungsdatum: 26. April 2018. Eingereicht im: Ständerat. Stand der Beratungen: Angenommen. Quelle: www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?Affairld=20183384.
- SGK-SR Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (2020): Motion Nr. 20.4264: Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care. Eingereicht von: Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR). Einreichungsdatum: 19. Oktober 2020. Eingereicht im: Ständerat. Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt. Quelle: www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?Affairld=20204264.
- Stettler, Peter; Bischof, Severin; Bannwart, Livia; Schempp, Daniela (2018): Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Direktionsbereich Gesundheitspolitik. März 2018. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Tag, Brigitte; Baur, Isabel (2019): Suizidhilfe im Freiheitsentzug Expertise zuhanden des Schweizerischen Kompetenzzentrums für den Justizvollzug. Universität Zürich: Kompetenzzentrum Medizin Ethik Recht Helvetiae, 26. Juli 2019. Quelle: www.ius.uzh.ch/dam/jcr:48867ab3-9402-4402-b6c3-88da761df571/190920_Gutachten%20Suizidhilfe%20 im%20Justizvollzug.pdf.
- van der Heide, Agnes; van Delden, Johannes J. M.; Onwuteaka-Philipsen, Bregje D. (2017): End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years. In: The New England Journal of Medicine, 377(5): pp. 492–494.
- Verwaltungsgericht Köln (2020): Verwaltungsgericht Köln weist Klagen schwerkranker Menschen auf Zugang zu einem

- Betäubungsmittel zur Selbsttötung ab. Pressemitteilung vom 9. Dezember 2020. Az.: 7 K 13803/17, 7 K 14642/17, 7 K 8560/18. Quelle: www.vg-koeln.nrw.de/behoerde/presse/Pressemitteilungen/46_201209/index.php.
- Wenger, Susanne (2019): Sterbehilfe als Medienereignis. In: Medienwoche, 21. Februar 2019. Quelle: medienwoche.ch/2019/02/21/sterbehilfe-als-medienereignis/.
- Wils, Jean-Pierre (2020): Der Suizid eine «emanzipatorische Selbsttechnik»? In: Thema im Fokus (TiF), Ausg. 146: S. 12–15.
- Ziegler, Walther; Hegerl, Ulrich (2002): Der Werther-Effekt. In: Der Nervenarzt, 73(1): S. 41–49.
- Zimmermann-Acklin, Markus (2009): Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid. In: Zeitschrift für medizinische Ethik, 55(3): S. 221–233.
- Zurstraßen, Arno (2020): Selbstbestimmt bis in den Tod. Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. In: Schmerzmedizin, 36 (4): S. 16–20.



- Patientenverfügung
- Organspende
- Anordnungen für den Todesfall
- Vorsorgeauftrag
- Testament / Erbvertrag
- Digitaler Nachlass

© 2020 Stiftung Dialog Ethik, Zürich

Die Stiftung Dialog Ethik hat unter Mitarbeit von Experten eine **komplette Vorsorgelösung** erarbeitet. Darin eingeflossen sind auch jahrzehntelange Erfahrungen bei der Begleitung von Patientensituationen in Akutspitälern und Heimen. Das Vorsorgedossier ist in Kooperation mit der Schweizerischen Herzstiftung und dem Schweizerischen Verband für Seniorenfragen entstanden.

«Persönliches Vorsorgedossier» von Dialog Ethik

Entscheiden Sie selber, bevor andere es für Sie tun müssen



Medizinisch und rechtlich fundiert

Telefonische Beratung: Tel. 0900 418 814 (CHF 2.– pro Minute ab Festnetz)

www.dialog-ethik.ch

In Deutsch oder Französisch

«Persönliches Vorsorgedossier»: CHF 38.50 (inkl. MWST) Patientenverfügung: CHF 18.50 (inkl. MWST)

Tel. +41 44 252 42 01

 Patientenverfügung mit Wegleitung und Notfallausweis

Wie möchte ich in Situationen der Urteilsunfähigkeit medizinisch behandelt werden?

Auch als Gratis-Download erhältlich auf: www.dialog-ethik.ch/patientenverfuegung

 Vorsorgeauftrag-Wegleitung mit Musterbeispielen

Wer soll für mich meine finanziellen, administrativen und rechtlichen Angelegenheiten regeln?

 Anordnungen für den Todesfall mit Wegleitung

Wie soll meine Bestattung erfolgen?

 Testament-Wegleitung mit Musterbeispielen

Was soll mit meinem Vermögen nach meinem Tod geschehen?

Checkliste

Wo sind meine wichtigen Dokumente aufbewahrt? Wie kann ich meinen digitalen Nachlass regeln?

info@dialog-ethik.ch



Dialog Ethik ist eine unabhängige Non-Profit-Organisation. Das interdisziplinäre Team von Fachpersonen widmet sich der Frage nach dem bestmöglichen Handeln und Entscheiden im Gesundheitsund Sozialwesen, orientiert sich an der Menschenwürde, der Gerechtigkeit und der Solidarität und setzt sich ein für Respekt und Fairness im Gesundheitswesen.

Spezialisiert ist Dialog Ethik auf den Wissenstransfer von der Wissenschaft in die Praxis und umgekehrt. Wir unterstützen Fachpersonen, Patienten, Spitäler, Alters- und Pflegeheime und weitere Organisationen. Ausserdem leiten und begleiten wir Forschungsprojekte und fördern öffentliche Diskussionen zu medizinethischen Fragen.

Das Institut wird getragen von der Stiftung Dialog Ethik und unterstützt vom Förderverein Dialog Ethik (www.fv.dialog-ethik.ch).

Stiftung Dialog Ethik

Schaffhauserstrasse 418 CH-8050 Zürich

Tel. 044 252 42 01 Fax 044 252 42 13

info@dialog-ethik.ch www.dialog-ethik.ch

Postkonto: 85-291588-7

IBAN: CH82 0900 0000 8529 1588 7

(Vermerk: «Spende»)

Für bestmögliches ethisches Handeln im Gesundheits- und Sozialwesen

