

Eidgenössische Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“: Neues aus der Schweiz

Im Anschluss an einen parlamentarischen Vorstoss (Motion Ruffy, Waadtland) hat das Parlament Ende 1996 beschlossen, eine Arbeitsgruppe zur Überprüfung der Fragen rechtlicher und tatsächlicher Natur aus dem Umkreis der Sterbehilfe einzusetzen. Diese von Altständerätin Frau Josi Meier, Luzern, präsidierte Arbeitsgruppe zählt rund vierzehn Mitglieder. Darunter sind sieben Juristen, fünf Mediziner, eine Pflegerin und ein Ethiker. Die Gruppe hört sich zudem zahlreiche Experten an.

Die Arbeitsgruppe soll im Juni 1998 ihre Empfehlungen unterbreiten. Sie hat bis zu diesem Zeitpunkt abzuklären, ob „im Rahmen einer generell-abstrakten Regelung der strafrechtlich zulässigen Sterbehilfe sowohl die Interessen der Rechtsordnung an der Aufrechterhaltung des Verbotes einer Fremdtötung als auch der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des todkranken und sterbewilligen Patienten gewahrt werden können“. Im einzelnen soll sie auf folgende Fragen klare Antworten vorlegen:

1. **Besteht angesichts der heute erlaubten Möglichkeiten der passiven Sterbehilfe sowie der mit einer Schmerztherapie verbundenen aktiv-indirekten Sterbehilfe überhaupt eine Notwendigkeit zur Änderung der strafrechtlichen Bestimmungen des geltenden Rechts?**
2. **Lässt sich eine Regelung der aktiven Sterbehilfe gesetzgeberisch auf Extremfälle beschränken, ohne dass dabei in entscheidenden Punkten wiederum auf die ärztliche „lex artis“ zurückgegriffen werden muss?**
3. **In welcher Form könnte eine entsprechende gesetzgeberische Lösung getroffen werden?**
4. **Würde die Strafflosigkeit der aktiven Sterbehilfe in Grenzsituationen langfristig das Vertrauen der Allgemeinheit in das berufliche Handeln der Ärzte untergraben?**
5. **Könnte eine derartige strafrechtliche Regelung mittelbar bewirken, dass kranke und alte Menschen unter Druck gesetzt werden, die Gesellschaft von ihrer „sozialbelastenden“ Existenz zu befreien?**

Vorausgeschickt sei hier, dass die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften ihre Sterbehilferichtlinien 1995 erneuert hat. Darin wird u.a. ärztliche aktive Sterbehilfe abgelehnt. Auch ist die Beihilfe zum Suizid „kein Teil der ärztlichen Tätigkeit“. Die zu einer Interpellation umgewandelte Motion Ruffy sieht dagegen vor, die freiwillige aktive Sterbehilfe nach dem holländischen Modell durch einen besonderen Rechtfertigungsgrund in Extremfällen aus dem Strafbestand zu ziehen. Gleichzeitig wird im Vorschlag Ruffy die in der Schweiz (sofern uneigennützig dargebrachte) nichtstrafbare Selbsttötungshilfe (StGB, Par. 115) der aktiven Sterbehilfe angegliedert und der Ärzteschaft anvertraut. Dadurch entstünde eine einschneidende Änderung der gegenwärtigen Praxis. Denn in der Schweiz wird eine aus humanitären Motiven geleistete Selbsttötungshilfe in aller Öffentlichkeit von der Organisation Exit seit rund fünfzehn Jahren im privaten Rahmen angeboten und bei Vorliegen gewisser Kriterien, die in einem für Exit-Mitglieder bestimmten „Manual“ genau beschrieben sind, auch durchgeführt.

Nachfolgende Stellungnahme, die im Gegensatz zu den Gesprächen der Arbeitsgruppe nicht der Vertraulichkeitsklausel unterstellt ist, trug ich als Experte am 19. Dezember 1997 vor der Arbeitsgruppe in Bern vor. Hier der Wortlaut des etwas überarbeiteten Referates:

Nachdem ich mich Ende der siebziger Jahre in einer philosophischen Abhandlung, *Discours et véracité* (Peter Lang, 1982), fundiert zu Sterben und Tod geäußert hatte, griff ich anfangs der neunziger Jahre, inzwischen auch schon bald 10 Jahre Mitglied von Exit (Deutschsprachige Schweiz), dieses Thema von einer konkreteren Seite auf. Entstanden ist daraus 1992 zunächst ein Gesetzesmodell, mit dem ich die Exit zu einer Volksinitiative mobilisieren wollte. Dieses Dreistufenmodell – wie ich es nenne – ist auf der ersten Eingangsseite meiner Habilitationsschrift *Leben- und Sterbenkönnen* (Peter Lang 1997 (1995)) zusammengefasst: Jeder zurechnungsfähige Erwachsene soll in absehbarer Zukunft zu einer Patientenverfügung Stellung nehmen, und jeder Sterbenskranke, der seine Schmerzen nicht mehr ertragen will, hat Anrecht auf Selbsttötungshilfe – nicht aber, oder nur in ganz besonderen Ausnahmen, auf aktive Sterbehilfe. Dieser Satz impliziert, wie Sie alle wissen, dass eine Standardpatientenverfügung nach dem mutmasslich vorausgesetzten Einverständnis vorliegt, ähnlich der neuerdings in Deutschland in Kraft getretenen sogenannten Lösung des erweiterten Einverständnisses im Bereich der Organtransplantation: Wer nicht ausdrücklich dagegen ist, ist in gewissen Grenzen dafür. Diese deutsche Entwicklung geht klar in meine Richtung.

Im Dreistufenmodell wird davon ausgegangen, dass parallel zum allgemeinen Patientenverfügungsstandard die Palliativpflege sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Krankenhauses massiv verbessert wird – gegen dieses Anliegen ist wohl niemand –; das Modell trägt gleichzeitig der Tatsache Rechnung, dass bei 5 - 10 % der palliativ gepflegten Terminalkranken die Schmerzen nicht befriedigend gemildert werden können. Schon allein daher – es gibt freilich etliche andere Gründe – spricht einiges dafür, Selbsttötungshilfe als den nächsten Schritt für Extremfälle gutzuheissen, und im Namen der Rechtsgleichheit aktive Sterbehilfe für sterbewillige Schwerstkranke, die nicht mehr in der Lage zu schlucken oder zu verdauen sind, auf einer dritten Stufe zu gewähren.

Dieses Konzept widersetzte sich von Anfang an dem Vorhaben Ruffy, das der A-propos-Gruppe in Lausanne erwachsen ist. In dieser Arbeitsgruppe habe ich 1992-3 ebenfalls aktiv mitgedacht. Während dieser Zeit entstand eine fruchtbare Zusammenarbeit, bei der ich für die Gruppe vor allem die parlamentarischen Diskussionen aus den siebziger Jahren aufarbeitete und die Gruppe ihrerseits mein Vorhaben unterstützte, beim Nationalfonds im Zusammenhang mit der Altersforschung ein Projekt über die letzte Lebensphase des Menschen einzureichen. Wie Sie vielleicht wissen, wurde aus dieser Nationalfondsausschreibung 1994 ein nationales Forschungsprogramm, in dem Sie aber seltsamerweise kein Thema über das Sterben finden. Ein Zeitungsartikel " Die Alten sterben nicht " war meine ironische Antwort auf die Absage von seiten des Nationalfonds.

Ich bin insbesondere Herrn Jérôme Sobel für seinen Hinweis auf einen längeren Aufsatz von Timothy Quill dankbar. Der amerikanische Internist Quill, der in seinem Bundesstaat über ähnliche juristische Voraussetzungen verfügt wie wir in der Schweiz, hat seine im Spitalmilieu erprobte Selbsttötungshilfepraxis mehrmals offengelegt.

Als bei der politischen Umsetzung die ethischen Divergenzen zwischen der A-propos-Gruppe und mir unvereinbar wurden, gingen wir getrennte Wege. Diese Trennung währte bis auf die heutige Anhörung, die für mich in verschiedener Hinsicht zur Sternstunde geworden ist.

Für undurchführbar am A-propos-Entwurf erachte ich den Versuch, ein Gesetzesmodell aus einem ganz bestimmten gesetzlichen Umfeld, hier dem holländischen, in einen ganz anderen, den schweizerischen, zu transplantieren. Dieser Vorschlag hätte zur Folge, dass die in der Schweiz schon über Jahrzehnte hauptsächlich von Nichtärzten praktizierte Selbsttötungshilfe nun plötzlich verboten sein soll, es sei denn, ein Arzt mache von der A-propos-Entkriminalisierungsklausel Gebrauch. Auch die Tatsache, dass der sterbewillige Patient frei wählen könnte zwischen der aktiven Sterbehilfe, bei der die verantwortliche Handlung auf den Arzt abgewälzt wird, und der Selbsttötungshilfe, bei der der Patient zu seiner Selbstbestimmung stehen muss – die Tatsache also, dass der Patient gemessen an meinem Modell die Stufe zwei überspringen kann, ist ethisch unvertretbar.

Ich könnte nun dazu übergehen, meine eigene Position zu verdeutlichen. Es ist jedoch nicht das Ziel dieser Anhörung, in den nächsten fünfundzwanzig Minuten in all die Verästelungen einer Schrift, die neben Grundlegendiskussionen ebenfalls wirtschaftsethische Probleme anpackt, vorzustossen. Die Lesearbeit kann und will ich Ihnen, sehr verehrte Expertinnen und Experten, nicht abnehmen. Da sich diese Arbeit aber einen Horizont weit über das Jahr zweitausend vorgenommen hat, der alle postindustriellen Staaten dieser Erde zu überblicken sucht, wir uns hier aber über eine spezifisch helvetische Gesetzänderung äussern müssen, scheint es nur sinnvoll, dass ich mich darauf beschränke, zu den einzelnen Punkten Ihres Auftrags Stellung zu nehmen und im Rahmen meines Ansatzes einige neue Akzente zu setzen. Zu meinen Ausführungen über die Selbstbestimmung und die Menschenwürde, die ich hier voraussetze, habe ich nichts hinzufügen. Angesichts des schweizerischen Gesetzmilieus – ich denke hier an die Sonderstellung des StGB-Paragrafen 115 – hätten wir jedoch die einmalige Chance, im Bereich der Sterbehilfe anderen Ländern mit innovativen gesetzlichen Lösungen voranzuschreiten. Und diese Chance sollten Sie, meine Damen und Herren, nicht durch Prestigediskussionen zerreden. Die Art und Weise, wie ein Staat mit Steberbegleitung umgeht, sagt viel über seine Humanität aus, gehört deshalb je länger desto mehr in sein Aushängeschild.

Zur ersten Frage:

Besteht angesichts der heute erlaubten Möglichkeiten der passiven Sterbehilfe sowie der mit einer Schmerztherapie verbundenen aktiv-indirekten Sterbehilfe überhaupt eine Notwendigkeit zur Änderung der strafrechtlichen Bestimmung des geltenden Rechts?

Meine Antwort: Ja. Die Begründung:

Ausdrücke wie 'passive' oder 'aktiv-indirekte Sterbehilfe' stossen bei mir sauer auf. Wie ich in meiner Schrift ein für alle Mal dargelegt habe, ist im Zeitalter der Palliativpflege diese verwirrende Wortverwendung völlig obsolet geworden. Spätestens mit der von der Weltgesundheitsorganisation ausgearbeiteten Definition sollten wir uns darüber im klaren sein, dass sich die Palliativpflege nicht auf die spezifisch medizinische Schmerzbehandlung sowie die allfälligen Komfortoperationen („Palliativmedizin“) einschränken lässt, sondern die pflegerische Zuwendung insgesamt umfasst, insbesondere das Wahrnehmen der spirituellen Wünsche des Patienten sowie dessen Selbstbestimmung, die Einbeziehung der Angehörigen usf. Bei einer aufgeschlossenen Palliativpflege weiss ein Hospizpatient, dass das Gespräch über den Tod kein Tabu ist. Ihm wird aber auch klargemacht, dass dieser Ort (schon allein aus strafrechtlicher Hinsicht) weder für die aktive Sterbehilfe noch (aus palliativ-ethischen Gründen) für die Selbsttötungshilfe in Frage kommt. Er wird sich deshalb den Erwartungen gemäss verhalten, solche Wünsche wohl gelegentlich äussern, aber nicht darauf insistieren.

Der Umstand, dass gewisse Ärzte, wie sie immer wieder behaupten, wenig mit Euthanasieäusserungen konfrontiert werden, heisst noch lange nichts. Die meisten Menschen verhalten sich, auch am Lebensende, situationskonform. In einem guten Palliativhospiz wie Riveneuve, wo ich zwei Hilfspfleger-Praktika absolvierte, wird den Patienten mit wiederkehrenden Euthanasiewünschen dargelegt, dass es für die Selbsttötungshilfe eine Anlaufstelle gebe, die eine solche im Privatheim nach einer gründlichen Vorabklärung allenfalls durchführe.

Die meisten Selbsttötungsbegehren werden jedoch nicht in den Palliativstationen formuliert; sie werden von sterbenskranken Menschen geäussert, die kein besonders schwieriges Schmerzproblem haben, die aber angesichts ihres generellen Leidens den Tod herbeiwünschen.

Aus diesem und noch anderen Gründen wird in ferner Zukunft das Sterbehilfeproblem auch mit der optimal verbreiteten Palliativpflege nicht verschwinden. Darüber brauchen wir hoffentlich nachher nicht mehr zu diskutieren.

Punkto Selbsttötungshilfe, die sich in unserem Lande recht friedlich eingebürgert hat, besteht jedoch ein dringender Bedarf an gesetzlicher Regelung. Vorab stellt sich die zentrale Frage, wer überhaupt für diese Art der Hilfe zuständig sein soll. Erstaunlicherweise hat sich in dieser Hinsicht in den angelsächsischen Länder der Ausdruck PAS, der *Physician Assisted Suicide*, breit gemacht. Es entsteht der Eindruck, dass die Beihilfe zum Suizid nur von einem Arzt dargeboten werden kann. Gegen diese fragwürdige Meinungsbildung setze ich mich vehement zur Wehr. Schon allein von einem medizinisch-ethischen Standpunkt aus geht es nicht an, die Ärzte grundsätzlich auf diese Tätigkeit festzulegen. Gerade jene Ärzte, die uns Nichtmedizinern immer wieder den Eid des Hippokrates vorzitierten, ignorieren meistens einen ganz entscheidenden Punkt der damaligen Sterbeempfehlung. Gemäss der hippokratischen Ethik, die weit übers Mittelalter hinaus Gültigkeit hatte, bestand für den Arzt keinerlei Verpflichtung, seine Patienten bis zum Tod zu betreuen. Die Gründe hierfür leuchten ein: Die Ärzteschaft wollte unbedingt vermeiden, ihren Ruf als Heilkundige aufs Spiel zu setzen und in den Verdacht des Totschlags oder des unlauteren Geschäftemachens am Sterbenden geraten. Diese Gefahren bestehen heute ungebrochen weiter und sollten nicht nur den Euthanasiebefürwortern zu denken geben; sie betreffen insbesondere all jene Ärzte, die *Leben* – und damit den Spitalaufenthalt – wenn immer möglich verlängern wollen und dabei den *Lebenden* und seine Anliegen aus dem Auge verlieren. Bei der Selbsttötungshilfe sollte sich deshalb die medizinische Aufgabe darauf beschränken, dem selbsttötungswilligen Patienten eine Diagnose und Prognose auszustellen, mit der sich dieser allein oder unterstützt durch seinen Patientenanwalt an die Selbsttötungshilfeorganisation wenden kann. Der Arzt müsste im Idealzustand – von dem wir freilich noch weit entfernt sind – die letale Dosis nicht einmal mehr verschreiben und dadurch so etwas Unsinniges wie tödlich wirkende Rezepturen ausstellen, was der (aufgeschlossene) Arzt, der mit der Selbsttötungshilfeorganisation zusammenarbeitet, heute jedenfalls noch tun muss.

Ich verstehe durchaus, dass ich mit meiner Ansicht des NPAS, des *Non Physician Assisted Suicide*, bei gewissen Ärzten Widerwillen erzeuge. Es geht es nämlich hier um eine ganz heikle Grundsatzfrage der Ärzte-Ethik. Wie die Diskussionen bei uns in Europa immer wieder zeigen, so tun sich gerade die gewissenhaften Mediziner in dieser Frage besonders schwer. Die Gründe hierzu hat Frank Nager zutreffend beschrieben: „Wenn sich Mediziner (in der Diskussion um Sterbehilfe) zu Wort melden, sind es oft Ärzte, welche die unendlich schwierige und komplexe Grenzsituation am Sterbebett nicht selber in vielfältiger, langjähriger praktischer Erfahrung hautnah kennen und durchleben ... Manche, von der

geheimnisvollen Tatsache des Todes durch eigene Anschauung bewegt, durch schwierige Herausforderungen und innere Kämpfe ergriffene Ärzte, scheinen es – in abgewandelter Form – mit dem Philosophen Ludwig Wittgenstein zu halten: „Wovon man nicht reden kann, muss man schweigen.“

Was mag aber der Grund sein, weshalb die von Sterbenden direkt betroffenen Ärzte wie gelähmt in ihrer Meinungsbildung zu sein scheinen? Meine Hypothese hierauf lautet: Solche Hemmungen sind darauf zurückzuführen, dass dem Arzt am Sterbebette vielfach zu viel zugemutet wird. Er wurde nämlich in den letzten Jahrzehnten in eine Rolle gedrängt, in der er sich trotz des Machtzuwachses nicht unbedingt wohl fühlt. Trifft diese Hypothese zu, dann müsste sich der Arzt zu einer postmodernen hippokratischen Weisheit zurückzuführen lassen. Er müsste zwar nicht mehr das Feld räumen wie damals, dafür jedoch seine Letztentscheidungsträgerstelle am Sterbebette endgültig aufgeben und sich zum Ratgeber der Sterbebetreuer verwandeln. Will er das? In diesem Rollenänderungsproblem liegt meiner Ansicht nach der Grund, weshalb die meisten Ärzte gegen Suizidbeistand sind, diesen aber trotzdem nicht auf eine humanitäre Organisation abtreten wollen mit dem Hintergedanken „Wenn schon, dann wir“! Zu ihrer Rolle am Sterbebette müsste sich die Ärzteschaft einmal gründlich und eindeutig aussprechen.

Solange diese Aussprache nicht stattgefunden hat, solange meine Hypothese nicht entkräftet ist, sehe ich mich nicht veranlasst, von meiner Überzeugung des NPAS, des *Non Physician Assisted Suicide*, die sich immerhin auf eine langjährige Praxis abstützen kann, abzuweichen. Es wäre dringend zu empfehlen, dass sich die Ärzte mit dieser Praxis vermehrt auseinandersetzen. Denn ich kann mich als Arzt kaum zur Suizidbeihilfe kompetent äussern, wenn ich mir nicht selber die Mühe gegeben habe, mit der Selbsttötungshilfeorganisation zusammenzuarbeiten, einer Organisation, die, wie oben vermerkt wurde, mich Arzt ja nicht zum Handeln verpflichtet, sondern allein als Prognostiker benötigt.

Ich komme nun auf das erwähnte Unding der letalen Rezeptur zurück, die es zur Zeit noch braucht und die für etliche Ärzte – mir ginge es auch so – ziemlich kompromittierend ist. Die einzige Lösung wäre hier, dass die Suizidbeihilfeorganisation einen durch die ärztliche infauste Prognose und die Freiwilligkeit des Antragsstellers abgesicherten Zugang zu Sterbemitteln bekommt. Dazu bedarf sie jedoch der staatlichen Aufsicht. Eine solche Überwachung bzw. Konzessionierung zwingt sich aus einem anderen Grunde geradezu auf. Wie Sie vermutlich alle vernommen haben, hat der ehemalige Exit Direktor, der sage und schreibe mit über achtzig noch nicht bereit ist, sich zurückzuziehen, eine internationale Selbsttötungshilfeorganisation gegründet. Sie und ich, wir könnten das von Gesetzes wegen übrigens auch. Diese verheerende Entwicklung muss in ihren Anfängen unterbunden werden.

Es spricht ein dritter Grund für eine gesetzliche Überwachung von exitartigen Organisationen. Das oberste Ziel einer vertretbaren Selbsttötungsbegleitung ist der freiwillige Verzicht des Antragsstellers auf sein Vorhaben. Selbsttötungshilfe soll im Vorfeld dank menschlicher Zuwendung und gründlicher Ab- und Aufklärung möglichst dissuasiv wirken. Nur so kann sich die Selbstbestimmung des Antragsstellers herausbilden und erhärten. Nur so kann gewährleistet werden, dass sich das Freitodhilfeangebot nicht zu einem Druck auf Alte und Schwache pervertiert. Um diese Dissuasion glaubwürdig darzustellen, hat die Organisation vor der breiten Öffentlichkeit ein Transparenzzeugnis abzulegen. Zur Sicherstellung dieser Transparenz bedarf es einer behördlichen Kontrollmöglichkeit.

Mein Gesetzesvorschlag, der übrigens völlig konform wäre mit den ärztlichen Sterbehilferichtlinien, lässt sich in den StGB-Paragrafen 115 einfügen. Dort müsste ein

Zusatz hinzukommen mit folgendem Inhalt: „Selbsttötungshilfeorganisationen ohne Konzession machen sich strafbar.“

Dieser Zusatz würde freilich keiner Privatperson, auch keinem Arzt, verbieten, Freitodhilfe bei einem Bekannten vorzunehmen. Er würde lediglich verhindern, dass Sie oder ich ohne Bewilligung eine Freitodorganisation gründen.

Zur zweiten Frage:

Lässt sich eine Regelung der aktiven Sterbehilfe gesetzgeberisch auf Extremfälle beschränken, ohne dass dabei in entscheidenden Punkten wiederum auf die ärztliche „lex arti“ zurückgegriffen werden muss?

Meine Antwort: Ja. Die Begründung:

Das Dreistufenprinzip sowie die NPAS gibt die beste Garantie dafür ab, dass die aktive Sterbehilfe auf Extremfälle eingeschränkt wird.

Dennoch sind zwei Einwände zu berücksichtigen. Der erste bestreitet eine klare Unterscheidung zwischen aktiver Sterbehilfe und Selbsttötungshilfe: Ob ich einem Sterbewilligen eine Spritze verabreiche oder einen Schierlingsbecher in die Hand drücke, laufe ethisch auf dasselbe hinaus. Der zweite, heiklere Einwand bezieht sich auf die *unfreiwillige* aktive Sterbehilfe. Diesbezüglich kommt in Zukunft, meine Damen und Herren, ein immenses Problem auf uns zu. Die Langlebigkeit bringt es leider mit sich, dass viele Betagte ihrer Zurechnungsfähigkeit allmählich verlustig gehen, womit meistens auch die Anzeichen für einen Lebenswillen verschwinden. Bis wohin soll bei diesen Patienten die Pflege gehen und wo beginnt die *unfreiwillige* aktive Sterbehilfe?

Zum ersten Einwand: Wenn man sich aufgrund seiner Glaubenshaltung gegen die aktive Sterbehilfe wehrt, ist man versucht, die Selbsttötungshilfe der aktiven Sterbehilfe gleichzusetzen. Man würde konsequenterweise bei Selbsttötungshilfewünschen keine Hand reichen. Nun ist es aber ganz entscheidend, einzusehen, dass die beiden Hilfsarten nicht auf der gleichen Ebene anzusiedeln sind. Jeder Mensch kann ein Glas reichen, aber nicht jeder eine Spritze in die Vene einführen. Die erste Handlung benötigt keinen Arzt und soll es auch nicht, wohingegen die zweite als eine Ersatzlösung im Namen der Rechtsgleichheit vorgesehen ist, die dann allerdings von einer staatlich anerkannten Pflegeperson ausgeführt werden muss.

Eine jede Selbsttötungshilfekultur sollte Freiräume schaffen, so dass dieser Handlung nicht mehr der Ruch des impulsiven Selbstmords anhaftet. Selbstmordverdächtigungen sind nach wie vor der Psychiatrie zu überlassen. Eine solche Kultur darf aber niemals zu einer von der Gesellschaft geforderten Selbstaufopferung führen. Denn dadurch entstünde eine Verpflichtung für die Alten und Schwachen, ein „Druck“, durch den deren Selbstbestimmung in Bedrängnis geriete. Im Rahmen der im hohen Alter zu entdeckenden und zu pflegenden neuen Freiheiten – ich denke hier an die Freiheit vom Zwang der Zeit, vom Zwang zu bestimmten Beschäftigungen, die Freiheit auch vom Zwang zur täglichen Zweckhaftigkeit oder vom Zwang selbstaufgelegten Beschränkungen des Redens und Schreibens – verweist hingegen die in schwierigen Sterbeprozessen vollbrachte Selbsttötung auf eine allerletzte Freiheit.

Der gewöhnliche Sprachgebrauch bezeichnet mit ‚Selbstmord‘ das Asoziale an der Selbsttötung und mit ‚Selbstaufopferung‘ das Altruistische. Beide Ausdrücke sind emotional geladen. Die im Rahmen von § 115 verübte Selbsttötung oder gar das in meinem Buch behandelte und neuerdings auch von Quill diskutierte Terminalfasten, dem ich persönlich den Vorzug gebe, hat weder eine asoziale noch eine altruistische Wertung. Die Bitte um Selbsttötung bedeutet vielmehr einen Verzicht auf ein viel wünschenswerteres Loslassen, ein Sich-klein-Machen, und gerade nicht einen Aufschrei der Verzweiflung oder einen Auswuchs der Selbstüberheblichkeit. Im Rahmen dieser Sterbekultur soll und darf man wie beim Terminalfasten das Wort ‚Selbsttötung‘ durch den emotionsneutralen Ausdruck des *freiwilligen Lebensverzichts* ersetzen.

Ich komme zum zweiten Einwand: Wie lässt sich die verdeckt und immer häufiger praktizierte *unfreiwillige* aktive Sterbehilfe vermeiden? Ich möchte dieses Problem am Beispiel der Nahrungsverweigerung bei fortgeschrittener Senilität erörtern. Viele Hochbetagte und Sterbende haben nun einmal eine Neigung zur Appetitlosigkeit und letztlich auch zum Terminalfasten. Bezeichnenderweise verlaufen diese Krankheitsgeschichten meistens so, dass der Patient ab einem Zeitpunkt den Löffel verweigert. Dann stellt sich pflegerisch unweigerlich das Dilemma zwischen der unfreiwilligen aktiven Sterbehilfe (mit der man den Tod beschleunigen will) und dem unklaren Zeitpunkt des Therapieabbruchs (bei dem der Tod in Kauf genommen wird). Anders formuliert: Möchte der Pflegende dem Schwerstkranken möglichst keine Therapieverbissenheit, kein *acharnement thérapeutique*, zumuten, so läuft er Gefahr, am Patienten eine unfreiwillige aktive Sterbehilfe zu vollstrecken, und umgekehrt, möchte er möglichst nicht unter den Verdacht der unfreiwilligen aktiven Sterbehilfe kommen, kann seine Pflege in das *acharnement thérapeutique* ausarten. Je fortgeschrittener nun das Krankheitsstadium, desto unklarer wird diese Unterscheidung und desto grösser das Dilemma. Angesichts der heutigen Therapiemöglichkeiten besteht tatsächlich eine akute Tendenz, durch Lebensverlängerung das Dilemma zu verstärken. Handkehrum droht jedoch in Zukunft wegen der Pflegekostenzunahme immer mehr die Gefahr, *unfreiwillige* aktive Sterbehilfen *en masse* durchzuführen.

Dieses Dilemma lässt sich nicht lösen. Das muss einmal offen zugestanden werden. Über eine allgemeine Patientenverfügung liesse sich aber in den meisten Fällen verhindern, dass es so weit kommt. Diese Aussage mag erstaunen. Doch um alle nur denkbaren Verdächtigungen auf eine vom Patienten *ungewollte aktive* Euthanasie zu zerstreuen, müsste auf gesellschaftlicher Ebene ein jeder seine eigene Meinung ausgedrückt haben. Diese Anforderung wäre nun tatsächlich erfüllt bei einer auf dem mutmasslichen Willen beruhenden Standardpatientenverfügung. Darin haben die meisten zurechnungsfähigen Erwachsenen ihren Willen aufgrund von Punkt (1) der von mir vorgeschlagenen Standardpatientenverfügung implizit kundgetan, ausser, sie hätten sich ausdrücklich eines anderen besonnen. Sobald also bei fortgeschrittener, infauster Krankheit der Patient seine Ernährung verweigert oder überhaupt keine Esslust mehr äussert, und sofern dieser Patient den Standard vor seiner Unzurechnungsfähigkeit akzeptiert hat, ist davon auszugehen, dass er – willentlich oder unbewusst – sein Terminalfasten eingeleitet hat und somit sein *Sterbeprozess* eingetreten ist, und dies auch dann, wenn sein Körper mittels konzentrierter Präparate noch über Monate am Leben erhalten werden könnte. Denn der Sterbeprozess ist nicht allein ein biologischer, sondern darüber hinaus ein psychosozialer Vorgang: diesem tragen die Pflegenden anhand der Patientenverfügung Rechnung.

Ich bin mir durchaus im klaren, dass diese Überlegung jene Tausenden von Pflegenden vor den Kopf stösst, die zur Zeit einem angehörigen Sterbenskranken, der sich nie mit der Patientenverfügung beschäftigt hat, die Nahrung einflössen. Sie haben durchaus das Recht,

sich gegen eine Absetzung der Ernährung zu wehren. Denn in diesem Falle gilt beim heutigen Gesetzesvakuum jedenfalls noch eindeutig, dass, weil keine Willenserklärung vorliegt, ein Ernährungsabbruch einer unfreiwilligen aktiven Sterbehilfe gleichkommt. Doch damit schüren diese Pflegenden das soeben besprochene Dilemma des Zuviel oder Zuwenig an Therapie und Pflege weiter. Bei einem allgemeinen Patientenverfügungsstandard können bei fortgeschrittener, appetitloser Senilität Ernährung wie Flüssigkeitszufuhr jedoch als Therapieverdrossenheit gedeutet werden; sie sind deshalb abzulehnen. Das Absetzen von Ernährung und ggf. von Wasserzufuhr (natürlich bei geeigneter Mundpflege usw.), verbunden mit den geeigneten Massnahmen, die den Sterbenden entspannen, wäre dann Teil der *Palliativpflege*.

Ein und dieselbe Handlung, hier das Absetzen von Ernährung und Hydrierung, kann u.U. ohne jegliche vorherige Willenserklärung des Patienten eine aktive Sterbehilfe, und dazu eine unfreiwillige, darstellen, im anderen Fall hingegen, bei dem der Patient den Standard akzeptiert, eine palliative Massnahme. Dieser Unterschied ist keine Wortzauberei. Er zeigt im Gegenteil ganz deutlich auf, dass sich wegen des Dilemmas im Rahmen einer neuen Sterbekultur eine gesetzliche Regelung in absehbarer Zukunft geradezu aufzwingt. Für die Mehrheit der unzurechnungsfähigen ernährungsverweigernden Sterbenskranken sowie für etliche andere Fälle mehr wäre somit eine ethische Lösung gefunden worden.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich ein doppeltes Gesetzesdesiderat: 1) StGB-Paragraph 114 erhält einen Zusatz mit folgendem Inhalt: „Von der Strafbarkeit ausgenommen ist jene freiwillige aktive Sterbehilfe, die dargebracht wird, weil Selbsttötungshilfe nicht mehr möglich ist.“

2) In das Persönlichkeitsrecht der Bundesverfassung gehört ein Zusatz im Sinne von: „Für jeden Erwachsenen gilt eine Standardpatientenverfügung. Jeder Zurechnungsfähige kann diesen Wortlaut ablehnen oder ergänzen. Die Ergänzungen müssen mit der Pflegeethik vereinbar sein.“

Gestatten Sie mir zum Punkt 2) eine kurze Bemerkung. Auch Internisten und Juristen freunden sich mehr und mehr mit dem Gedanken der Patientenverfügung und des Patientenanwalts an. Ich denke hier insbesondere an die Vorträge, die der Palliativvorreiter Charles-Henri Rapin sowie die Juristin Constance Gilloz-De Lavallaz vor im Oktober 1997 an der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie gehalten haben oder an die neuen Entscheidungsverfahren in deutschen und amerikanischen Krankenhäusern. Die Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik wird demnächst ebenfalls solche Verfahren in klinischer Hinsicht untersuchen.

Zur Dritten Frage:

In welcher Form könnte eine entsprechende gesetzgeberische Lösung getroffen werden?

Ich würde bezüglich des § 114, dem Verbot der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen, für einen Strafbefreiungsgrund, der die Rechtswidrigkeit der aktiven Sterbehilfe betont, monieren. Gleichzeitig muss aber das Prinzip der Patientenverfügung, des Patientenanwaltes sowie der Organtransplantation auf Bundesebene geregelt werden.

Zur Vierten Frage:

Würde die Strafflosigkeit der aktiven Sterbehilfe in Grenzsituationen langfristig das Vertrauen der Allgemeinheit in das berufliche Handeln der Ärzte untergraben?

Meine Antwort: Ja, ganz gewiss. Die Begründung wurde oben dargelegt. Es wäre zu wünschen, dass die angehenden Ärzte über die hippokratische Sterbeethik voll unterrichtet werden, und dass die praktizierenden Ärzte bei Sterbenden die Betreuungskoordination den Pflegenden, Angehörigen und dem Seelsorger überlassen und ihnen nur noch beratend und für den Patientenkomfort zur Seite stehen. Palliativmedizin – und dazu gehören Schmerzbekämpfung wie Komfortoperationen – ist zwar ein wesentlicher, aber kein unabdingbarer Teil der Palliativpflege: Es gibt auch Palliativpflege ohne ärztliches Hinzukommen. Wenn eine Mutter ein weinendes Kind tröstet, ist das eine palliative Massnahme. Hingegen wird im Zusammenhang mit Schwerstkranken jede Palliativpflege, sobald sie die kurativen Massnahmen übertrifft, zur palliativen Sterbehilfe.

Zur Fünften Frage:

Könnte eine derartige strafrechtliche Regelung mittelbar bewirken, dass kranke und alte Menschen unter Druck gesetzt werden, die Gesellschaft von ihrer „sozialbelastenden“ Existenz zu befreien?

Meine Antwort: Nein. Meine Begründung:

Wir Gesunde können nicht alles von den uns dereinst Pflegenden erwarten. Wir mögen uns noch so gegen den Gedanken sperren wie wir wollen: Irgendwo leben wir alle immer in Erwartung auf gewisse soziale Leistungen. Gleichzeitig stellt jede Gesellschaft durch Familie, Beruf, Vereinszugehörigkeiten usw., umgekehrt auch Leistungserwartungen an uns. Wir „drücken“ mit unseren Erwartungen auf die Gesellschaft. Wir können dies aber nur, weil die Gesellschaft gleichzeitig einen Gegendruck auf uns ausübt und die meisten Menschen sich deshalb auf die sozialen Erwartungen einspielen. Um nicht aus Rationierungsgründen unter einen im Namen der Menschenwürde zu vermeidenden gesellschaftlichen *Überdruck* zu gelangen, müssen wir Gesunde das, was wir erwarten, konsequenterweise irgendwo in einer Willenserklärung festlegen.

Es ist erstaunlich: Ein Druckgefälle zuungunsten des Individuums entsteht immer dort, wo die Gesellschaft stark autoritäre Züge annimmt oder wo – wie zur Zeit –, die Anspruchskultur der Konsumgesellschaft sowie der medizinisch-technischen Machbarkeitsglaube Erwartungen hochfliegen lassen, die – wie vorher kurz gezeigt wurde – in pflegerische Dilemmas führen oder – wie uns Schreckensvisionen mahnen – einfach aus Kostenzwängen nicht mehr voll berücksichtigt werden können.

Achten Sie nur einmal darauf: Die fundamentalistischen *pro-life*-Verfechter (ich sage hier jedoch nichts über das Problem des Schwangerschaftsabbruchs aus), welche sich meistens des Druckarguments bedienen, sind praktisch ausnahmslos Vertreter oder Verehrer autoritärer Hierarchien. Das sollte einem zu denken geben. Gerade autoritäre Herrschaftstrukturen, wie z.B. die des Naziregimes, haben in der Vergangenheit Dammbürche ausgelöst. In einer Gesellschaft, die Selbstbestimmung im Leben und im Sterben hochhält, kann das Druckargument nicht mehr plausibel geltend gemacht werden. Die Befürchtung hingegen, der Druck komme nun einfach „von unten“, verursacht durch die Ideologie des angeblich hedonistischen *pro-choice*-Lebensstils, muss ernst genommen werden. Aber in einer auch noch so individualistischen Gesellschaft ist Jung und Alt in ein Gemeinwesen eingebunden. Ohne die Vergangenheit zu verherrlichen, von der wir allerdings viel zu lernen hätten, müssen in einem solidarischen Gemeinwesen die Jungen den Alten Ehrfurcht entgegenbringen und die Alten den Jungen Gelassenheit und Grosszügigkeit vorleben. Das „Druck von unten“-Argument kann deshalb auch zum Scheinmanöver jener Schwarzweissmaler ausarten, die partout nicht einsehen wollen, dass jeder Mensch, der alte wie der junge, sein Leben lang sich mit den gesellschaftlichen Ansprüchen auseinandersetzen muss. Insofern dieser „Druck“ nichts anderes als das Wahrnehmen der eigenen Verantwortlichkeit signalisiert, ist ihm nicht zu widersprechen.

Mit diesen zugegeben recht plakativen Bemerkungen beschliesse ich meine höchst unvollständigen Überlegungen zu dieser äusserst heiklen Frage, kann Sie aber – um den Verdacht des Hedonismus zu zerstreuen – auf meine Ausführungen zur Rolle des Leidens bei der persönlichen Selbstbestimmung verweisen.

Gewiss leben wir heute noch mehrheitlich in einer hedonistischen, todesverdrängenden und konsumsüchtigen Gesellschaft, die noch kein Gehör für die Leidensstrategien durch Verzicht hat. Genau gegen diese Haupttendenz richtet sich mein sozialkritisches *Leben- und Sterbenkönnen*.

Zum Abschluss möchte ich Sie ersuchen, einen Ethiker zu beauftragen, der den Wortlaut des neuen Exit-„Freitod“-Manuals sowie die damit verbundene Praxis an Ort und Stelle untersucht und in Hinsicht auf eine gesetzliche Einschränkung der Selbsttötungshilfepraxis auf konzessionierte humanitäre Organisationen beurteilt. Ich möchte Sie ferner bitten, eine Arbeitsgruppe ins Leben zu rufen, die über den Standardinhalt von Patientenverfügungen einen Konsens erzielt.

Prof. Dr. Harri Wettstein