

Suizidbeihilfe: beaufsichtigen und ethisch handeln



Jean Martin

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat bekanntgegeben, dass sie die Vorschläge des Bundesrats zur Änderung des Art. 115 des Strafgesetzbuchs ablehnt [1]. Ihre Argumente sind höchst berechtigt, insbesondere der Hinweis darauf, dass der einzelne Arzt erheblich stärker in die Suizidbeihilfe involviert wird, wenn die *organisierte* Beihilfe strikter kontrolliert wird – möglicherweise mit unnötigen Schikanen.

Abrücken möchte ich jedoch von der Meinung der Akademie, wenn sie kritisiert, die Suizidbeihilfe würde «als ärztliche Tätigkeit institutionalisiert». Dass sie nicht zum «harten Kern» der ärztlichen Aufgaben gehört, ist unbestritten; doch nachdem ich die Debatte seit langem verfolge, frage ich mich langsam, ob man nicht ganz pragmatisch das zulassen sollte, was in drei US-Bundesstaaten, darunter Oregon, und in den Beneluxstaaten bereits anerkannt ist, nämlich der Begriff des *physician assisted suicide*. Das war nicht der ursprüngliche Gedanke im Strafrecht, doch in jüngerer Vergangenheit ist das bei uns die Realität im Fall schwerkranker Patienten. Die Absicht des Bundesrats, vorzuschreiben, dass das verwendete Mittel vom Arzt verschrieben werden muss, erscheint vernünftig. Eine ärztliche Verantwortung ist, ob man will oder nicht, integraler Bestandteil des Prozesses – denn natürlich bleibt die Gewissensentscheidung immer dem Arzt vorbehalten.

Diese Verantwortung (die persönlich, vor dem eigenen Geist und Gewissen übernommen wird) umfasst die Verschreibung des Mittels, und aus Sicht der Berufsethik und der guten Praxis müsste es selbstverständlich sein, dass ausserdem auch dazugehört, dass man sich von der Urteilsfähigkeit der Person überzeugt (im Sinne einer einfachen Feststellung der geistigen Klarheit, nicht einer tiefgreifenden Expertise) und die Akte einsieht, aus der hervorgeht, dass die betroffene Person schwerkrank oder behindert ist, dass ihre Lebensqualität sehr schlecht geworden ist, dass sie dauerhaft pflegebedürftig ist und leidet, dass ihre Lage unumkehrbar ist und dass die zur Wahl stehenden Massnahmen zur Linderung oder Begleitung besprochen worden sind. Anmerkung: Das bedeutet unter anderem, dass man, wie es die Akademie tut, die ausdrückliche Bedingung des «unmittelbaren Lebensendes» verwirft.

Meiner Ansicht nach muss unbedingt vermieden werden, die Verantwortlichkeiten der beteiligten Personen zu verwässern. Unbestreitbar gibt es zwei Hauptbeteiligte: den Patienten, der wiederholt seinen Wunsch vorbringt, und den Arzt, der eine tödliche Dosis Pentobarbital verordnet. Um eine ethisch einwandfreie Lage zu schaffen, muss der Akzent auf die

Verantwortung dieser beiden Akteure gesetzt werden. Im Gegensatz zum übermässig komplexen Modell des Bundesrats ist die Beteiligung eines einzigen Arztes ausreichend. Wenn man hingegen diverse zusätzliche Kontrollen einführt (auf die Gefahr hin, dass sie zu reinen Formsache verkommen), nimmt man dem Arzt Verantwortung ab. Grundsätzlich sollte man keine Befürchtungen haben, den Akzent auf die allgemeine und berufliche Ethik des praktischen Arztes zu setzen [2], zu dessen Beruf es gehört, dass er Entscheidungen treffen muss, die über Leben und Tod entscheiden können (auch bei direkter Sterbehilfe, die es auch gibt, wenn auch hinter verschlossenen Türen).

Ein weiterer Punkt, den es zu unterstreichen gilt, ist der, dass der derzeitige gesetzliche Status quo nicht die schlechteste aller Lösungen ist. Statt neuer Artikel wäre es wichtiger, die allgemeinen Aufsichtsklauseln auf kantonaler Ebene optimal umzusetzen – im Bereich Medizin und Pflege beispielsweise durch die für Gesundheit zuständigen Departements, die intervenieren können, sobald Bedenken bezüglich des Verhaltens eines Arztes auftreten. Hinsichtlich der Fragen von öffentlichem Belang, eventueller Gewinnabsicht usw. liegt die Zuständigkeit bei anderen kantonalen Departements bzw. den Anwaltschaften. Es darf auch nicht vergessen werden, dass jeder Suizid ein Tod mit unnatürlicher Ursache ist, sodass der Untersuchungsrichter eingeschaltet werden muss. Die hier systematisch, wenn auch a posteriori, durchgeführten Kontrollen sind von signifikantem Wert. Im Modell des aktuellen Standes der Gesetzgebung ist die Aufsicht zugegebenermassen allgemein und wird in den Texten nicht präzisiert. Aber sie existiert in der Realität, nicht zuletzt durch die «soziale Kontrolle», die in Entitäten wie den Kantonen ausgeübt wird (das zeigt mir die langjährige Erfahrung – wir müssen uns diese Kleinteiligkeit zunutze machen). Und wir vermeiden den zu befürchtenden bürokratischen Wildwuchs mit den damit verbundenen Risiken zum Beispiel für den Schutz sensibler persönlicher Daten.

Die SAMW ist der Ansicht, dass «die Richtlinien das geeignete Instrument sind». Mit ihnen und den Berichten der Nationalen Ethikkommission verfügen wir in der Tat über Dokumente, die als Leitlinien für die Kontrolle durch die öffentliche Hand einschliesslich der Gerichte gelten können – man spricht ja hier von *soft law*, einer «weichen» Vorschriftengrundlage (siehe auch [2]), die absolut sinnvoll ist, wenn es kein spezifisches Gesetz gibt – und die näher an der Lebenswirklichkeit der Menschen sind als ein Artikel im Gesetzbuch.

Jean Martin*

1 SAMW. Die SAMW lehnt die vorgeschlagene Neuregelung der organisierten Suizidbeihilfe ab. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(3):69–70.

2 Kuhn H. Der kluge Staat macht sich Berufsethik und Gemeinschaftssinn zunutze. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(1/2):7–11.

* Dr. Jean Martin ist ehemaliger Kantonsarzt Waadt und Mitglied der Redaktion der SÄZ.