

Positionspapier *palliative ostschweiz* zum Thema Beihilfe zum Suizid

Autorin und Autor: Buess-Willi Claudia, Pflegefachfrau, MAS Palliative Care, Vorstandsmitglied *palliative ostschweiz* bis 2012
Ritter Christoph, Dr. med. FMH, Hausarzt in Grabs, Vorstandsmitglied *palliative ostschweiz* bis 2012

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
1 Ausgangslage.....	2
1.1 Das Recht.....	2
1.2 Begrifflichkeiten	3
1.3 Bestehende Stellungnahmen Beihilfe zum Suizid	4
1.3.1 SAMW	4
1.3.2 SBK	4
1.3.3 FMH.....	4
1.3.4 Dialog Ethik	5
1.3.5 Krebsliga Schweiz	5
1.3.6 NEK 5	
1.3.7 Palliative ch	6
2 Stellungnahme von palliative ostschweiz	7
2.1 Selbstbestimmung / Autonomie.....	7
2.2 Würde.....	7
2.3 Wandlungsfähigkeit	7
2.4 Entscheidungsfindung	8
2.5 Beziehung.....	8
2.6 Begleitung bei der Durchführung	8
2.7 Beihilfe zum Suizid in Institutionen.....	9
2.8 Fazit.....	9
3 Literaturverzeichnis	10

1 Ausgangslage

Häufig werden Suizidbeihilfe und Palliative Care einander gegenübergestellt. Die Palliativbewegung möchte sich aber ganz klar als mehr verstanden fühlen als nur als Gegenpol der Suizidbeihilfe. Palliative Care versucht die Lebensqualität von schwerkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen zu verbessern durch eine gute Symptomkontrolle, Entscheidungsfindung mit Vorwegnahmen (Prävention) von schwierigen Entscheiden, Netzaufbau zur besseren Versorgung der Patienten möglichst am Ort ihrer Wahl und Unterstützung der Angehörigen. Palliative Care hat weder eine Lebensverlängerung noch –verkürzung zum Ziel.

Palliative ostschweiz wurde angefragt, auf einer online Plattform eine Stellungnahme zum Thema Suizidbeihilfe abzugeben. Dabei zeigte sich, dass die Vorstandsmitglieder unterschiedliche Ansichten über die Rolle der Professionellen in der Palliative Care haben. Aus diesem Grund hat der Vorstand von *palliative ostschweiz* eine Retraite einberufen um die Bandbreite der Meinungen aufzuzeichnen und den gemeinsamen Konsens auszuarbeiten. In Punkt 2 wird dieser Konsens, welcher auch als Leitlinie verwendet werden kann, dargestellt. Der Vorstand von *Palliative ostschweiz* hat beschlossen, dieses Positionspapier zu veröffentlichen, weil Professionelle in der Palliative Care mit dem Thema Beihilfe zum Suizid immer wieder in Berührung kommen und uns diesbezüglich eine Haltung wichtig erscheint. So wie das Sterben oder der Tod kein Tabuthema mehr sein sollten, so soll bei den Professionellen in der Palliative Care das Thema Beihilfe zum Suizid kein Tabuthema sein.

Im Folgenden werden zuerst Begrifflichkeiten geklärt und vorhandene Stellungnahmen aus anderen Organisationen zusammen getragen.

1.1 Das Recht

- Strafgesetzbuch Art. 115 Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord:
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 Geldstrafe¹ bestraft.
- Heilmittelgesetz
 - regelt, wer Arzneimittel verschreiben darf und wer sie abgeben darf, sowie die Verantwortlichkeiten
- Gesundheitsgesetz des Kantons:
 - Sorgfaltspflicht des Arztes¹ beinhaltet: Untersuchung, Diagnose, Abgabe des Rezepts für die letale Substanz
- Apotheker ist nicht verpflichtet, die rezeptierte Substanz herauszugeben

¹ Im Text gelten alle Bezeichnungen immer für beide Geschlechter.

- *Bundesgerichtsentscheid*: Grundsatzentscheid: BGE 133158; 03.11.2006
- Es besteht kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf die Abgabe eines den Tod verursachenden Arzneimittels ohne ärztliches Rezept
 - Jeder urteilsfähige Mensch hat grundsätzlich ein von der Verfassung und der Europäischen Menschenrechtskonvention (Art 8 Ziff 1) garantiertes Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden
 - Bundesgericht unterscheidet in diesem Urteil nicht zwischen Suizidbeihilfe und Sterbehilfe

1.2 Begrifflichkeiten

In der Debatte rund um Sterbehilfe werden die Begriffe unterschiedlich verwendet und interpretiert. Die Art der Verwendung ist immer auch ein Ausdruck einer bestimmten Haltung der Sterbehilfe gegenüber. Sie kann Hilfe beim Sterben oder Hilfe zum Sterben sein.

Sterbebegleitung

Physische, psychosoziale und spirituelle Begleitung eines sterbenden Menschen im Sinn einer bestmöglichen Palliative Care.

Passive Sterbehilfe

Behandlungsverzicht: auf eine mögliche lebenserhaltende Massnahme wird bewusst verzichtet oder eine laufende Therapie wird eingestellt, weil sie dem Zustand des Patienten nicht mehr angemessen ist, obwohl sie noch möglich wäre. Im StGB ist die passive Sterbehilfe nicht ausdrücklich geregelt. Die SAMW betrachtet diese Form von Sterbehilfe als zulässig.

Indirekte oder indirekt aktive Sterbehilfe

Handlung mit doppelter Wirkung: zur Linderung von Symptomen werden Medikamente eingesetzt, die als Nebenwirkung potentiell die Lebensdauer verkürzen können. Die Absicht der Therapie ist klar die Verbesserung der Symptomlinderung. Den möglicherweise früher einsetzenden Tod wird dabei wie bei der passiven Sterbehilfe in Kauf genommen. Im StGB ist diese Art von Sterbehilfe nicht ausdrücklich geregelt. Die SAMW betrachtet diese Form von Sterbehilfe als zulässig.

Suizid

Beim Suizid verhilft sich ein Mensch selbst zum Tod. In der Schweiz ist die Möglichkeit des Suizids als ein Akt der persönlichen Freiheit zugelassen.

Beihilfe zum Suizid

Dem Patienten wird eine tödliche Substanz oder eine Massnahme vermittelt, die der Suizidwillige ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt oder durchführt. Das ist im Falle einer zum Tode führenden Krankheit in der Schweiz erlaubt, sofern die Suizidbeihilfe nicht aus eigenem Motiven geschieht (StGB Art 115, Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord).

Direkte aktive Sterbehilfe

Gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen. Der Arzt oder ein Dritter verabreicht dem Patienten mit oder ohne explizites Verlangen des Patienten eine Substanz oder führt eine Massnahme durch, die zum Tod des Patienten führt. Diese Form der Sterbehilfe ist strafbar (gemäss StGB Art. 111 - vorsätzliche Tötung)

Tötung auf Verlangen:

Hier ist der ausdrückliche Tötungswunsch des betroffenen Menschen Bedingung. Diese ist in der Schweiz rechtlich nicht zugelassen. Diesbezüglich wird insbesondere bei Menschen mit unheilbarer Krankheit seit Jahren eine Liberalisierung diskutiert. (gemäss StGB Art. 114 – Tötung auf Verlangen)

1.3 Bestehende Stellungnahmen Beihilfe zum Suizid

1.3.1 SAMW

(Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften)

Recht der Patientinnen / Patienten auf Selbstbestimmung; Medizinisch-ethische Grundsätze

- Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit
- Recht auf Suizidbeihilfe ist in jedem Fall abzulehnen
- Ärzte, die Suizidbeihilfe leisten sind nicht zu verurteilen, es handelt sich dabei um einen persönlichen Gewissensentscheid

1.3.2 SBK

(Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und –männer)

Positionspapier Ethikkommission SBK 05/2005

- Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags
- Patient darf im Falle eines Sterbewunsches nicht fallen gelassen werden
- Aus ethischer Sicht ist es nicht vertretbar, dass Pflegende ein tödliches Mittel beschaffen, zu- oder vorbereiten und es dem Patienten reichen, auch nicht im Auftrag eines Arztes.

1.3.3 FMH

(Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) Positionspapier 01/2008

- Suizid ist eine Realität der menschlichen Existenz
- die FMH setzt sich aktiv für die Suizidprävention und Förderung der Palliativ-Medizin ein
- Suizidhilfe ist keine ärztliche Tätigkeit. Jede Ärztin und jeder Arzt kann selbst entscheiden, ob auf eine Anfrage um Suizidbei- oder Sterbehilfe im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben eingetreten werden soll.
- die FMH empfiehlt, dass die Ärztin/ der Arzt bei Personen mit psychischen Krankheiten von Suizidbeihilfe Abstand nimmt.

- die FMH ist davon überzeugt, dass die Diskussion um die Suizidbeihilfe die ganze Gesellschaft einbinden muss. Für ethische Spannungen, die diese Thematik aufwirft, darf sich die Ärzteschaft nicht instrumentalisieren lassen.

1.3.4 Dialog Ethik

(Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen)

Positionspapier 2005

- Dialog Ethik respektiert die Freiheit zum Suizid und die Möglichkeit der Suizidbeihilfe als private Handlung von Menschen (wie in der Schweiz gesetzlich festgelegt)
- die Option der Tötung soll nicht in den öffentlichen Raum eindringen. Die Unterscheidung zwischen öffentlichem Raum und privatem, persönlichen Bereich einer Person, wird als zentral erachtet. Nicht alles, was einer Privatperson zwischenmenschlich erlaubt ist, darf zu Leistungen von öffentlichen oder öffentlich anerkannten Institutionen gemacht werden
- weder Suizid noch Suizidbeihilfe sollen als Recht vom Staat angefordert werden können
- Aufgabe des Staates ist es, zu überprüfen, ob die Suizidbeihilfe gemäss Art. 115 StGB ohne selbstsüchtige Motive ausgeübt wird.
- es ist nicht Aufgabe des Staates, Sorgfaltsregeln für Sterbehilfeorganisationen zu erlassen.
- die Suizidbeihilfe in Spitälern und psychiatrischen Kliniken ist abzulehnen

1.3.5 Krebsliga Schweiz

Positionspapier / Stellungnahme zur Sterbehilfe 02/2008

- Krebsliga Schweiz befürwortet eine differenzierte Diskussion
- sie setzt sich zusammen mit entsprechenden Fachorganisationen für die Förderung der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung ein.
- sie teilt die in den Richtlinien der SAMW postulierten Ansichten zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, zum Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung, sowie zu Palliative Care
- jede Person soll menschenwürdig leben und sterben können. Sie soll bis zuletzt das Recht auf Selbstbestimmung beanspruchen können.

1.3.6 NEK

(Nationale Ethikkommission)

Stellungnahme Nr. 9/2005, Beihilfe zum Suizid

- die ethischen Fragen, welche die Suizidbeihilfe aufwirft, ergeben sich aus dem Spannungsverhältnis zwischen der gebotenen Fürsorge für suizidgefährdete Menschen einerseits und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines Suizidwilligen andererseits.
- die Mitwirkung bei der Selbsttötung sollte in ethischer Sicht unterschieden werden von der Tötung auf Verlangen
- die Kommission empfiehlt, am geltenden Recht Art. 115 StGB keine Änderungen vorzunehmen

- eine Entscheidung zur Suizidbeihilfe muss sich an der Person und an der Situation des Suizidwilligen orientieren und darf nicht zu einer bloss aus Regeln abgeleiteten Entscheidung werden.
- Art. 115 StGB schützt de facto die Selbstbestimmung der am Suizid Beteiligten, indem er diese straffrei lässt. Es bedarf aber bei den Sterbehilfeorganisationen einer ergänzenden Überprüfung.
- Suizidwillige, die unter psychischen Krankheiten leiden, bedürfen in erster Linie einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung.
- in Heimen, in denen Menschen wohnen und zuhause sind, soll die Leitung zusammen mit dem Behandlungs- und Betreuungspersonal grundsätzlich entscheiden, ob in ihrer Institution Suizidbeihilfe geleistet werden darf
- für Ärztinnen und Ärzte, sowie für Pflegende entsteht vor dem Hintergrund des medizinischen Ethos ein Konflikt, weil medizinischer Beistand Fürsorge zum Leben bedeutet und Beistand bei dessen Beendigung
- der Suizidprävention soll künftig grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Weitere relevante Stellungnahme 13/2006, Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe.

1.3.7 Palliative ch

(Co-Präsidium Roland Kunz und Steffen Eychmüller, 2007)

Stellungnahme zur aktuellen Sterbehilfedebatte 02/2007

- Palliative Care definiert sich nicht als Alternative zur Sterbehilfe
- die Debatte um die Sterbehilfe ist v.a. auch ein Symptom für eine unzureichende Qualität der Betreuung am Lebensende. Palliative Care möchte hier für eine Verbesserung in der Zukunft einen ganz wesentlichen Beitrag leisten.

Unsicherheit und Ängste von Betroffenen fördern den Wunsch nach Sterbehilfe (gemeint Beihilfe zum Suizid). Die Antwort auf diese Unsicherheit kann nicht in erster Linie eine juristische Regelung der Sterbehilfe oder eine Tabuisierung des Sterbehilfewunsches sein, sondern eine offene Kommunikation über die bestehenden Ängste und Sorgen und eine Verbesserung der Qualität der Betreuung am Lebensende für alle Patienten und an jedem Ort.

2 Stellungnahme von palliative ostschweiz

Fachpersonen im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich Palliative Care sind immer wieder konfrontiert mit Unsicherheiten und Fragen um das Sterben. Es geht primär darum, auf die Bedürfnisse und Prioritäten der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen einzugehen und da stellt sich immer die Frage, was es zu tun oder zu lassen gilt bezüglich Therapie und Behandlung. Für die gemeinsame Entscheidungsfindung bedarf es eines multiprofessionellen und multidimensionalen Palliativkonzeptes.

In diesem Kontext und in der Diskussion um das Thema ‚Beihilfe zum Suizid‘ sind für uns folgende Werte, Prinzipien und Haltungen zentral.

2.1 Selbstbestimmung / Autonomie

Autonomie, das Selbstbestimmungsrecht ist eine persönliche Freiheit und ein ethisches Prinzip, das jedem Menschen zugestanden wird. Jegliche Freiheit geht aber nur bis dorthin, wo sie die Freiheit des andern nicht einschränkt. Der Wunsch der Lebensverkürzung ist ein persönlicher, der die Freiheit dritter tangieren kann. Dies gilt insbesondere durch das Anfordern einer ärztlichen Hilfeleistung (Verschreibung eines todbringenden Arzneimittels) oder einer pflegerischen Verrichtung. Im medizinischen Kontext wird Autonomie jedoch vor allem unter dem Aspekt eines Abwehrrechts betrachtet und nicht als Einforderungsrecht formuliert. So liegt es in diesem Sinne in der Freiheit der Professionellen, welche Hilfeleistung sie dem Patienten in dieser Situation im Rahmen des Rechtes anbieten – eine Beratung, Vermittlung oder der Verordnung eines Medikamentes.

2.2 Würde

Die Würde ist gemäss Bundesverfassung zu achten und zu schützen (Art. 7). Sie ist dem Menschen gegeben, ist also unabhängig von der Bewusstseinslage eines Menschen oder einem bestimmten Kontext. In diesem Sinne ist Würde unverlierbar. Dieser Wert beinhaltet den Anspruch auf Schutz des eigenen Lebens und seiner Integrität, den Anspruch auf Autonomie, d.h. Selbstbestimmung und Selbstverantwortung und den Anspruch auf Respekt vor der eigenen Person. Wir setzen uns dafür ein, dass in jeder Situation die bestmöglichen Rahmenbedingungen für einen würde- und respektvollen Umgang mit Schwerkranken geschaffen werden. Die Einzigartigkeit und Individualität des Menschen muss geachtet, geschützt und gefördert werden.

Wann Leiden unzumutbar oder unerträglich ist und damit subjektiv ein Würdeverlust empfunden wird, kann von einer Drittperson nicht beurteilt werden, da dies ein ganz persönliches Empfinden darstellt. Somit ist die ganzheitliche und abschliessende Beurteilung durch eine ärztliche oder pflegerische Person nicht möglich.

2.3 Wandlungsfähigkeit

Häufig wird Suizidbeihilfe von Menschen angefordert, deren Beeinträchtigungen ihnen noch viele Freiheiten ermöglichen. Diese Menschen haben oft Angst vor weiteren Behinderungen,

die sie von Drittpersonen abhängig machen können (Betreuung durch Angehörige, Spitex oder Pflegeheimweisung). Die Erfahrung mit Menschen in palliativen Situationen zeigen aber, dass Menschen auch in schwierigen Lebenssituationen anpassungsfähig und freudfähig sind - auch mit Einschränkungen. Somit beurteilen die suizidwilligen Menschen eine Situation im Voraus, die in der Regel nicht vollständig überblickbar ist. Diese Tatsache ist ein wichtiger Aspekt und soll bei der Entscheidungsfindung um das Thema ‚Beihilfe zum Suizid‘ berücksichtigt werden.

2.4 Entscheidungsfindung

Auch bei bester Aufklärung und Nutzung von palliativen Angeboten, kann ein Suizidwunsch nicht ausgeschlossen werden. Die Entscheidung, welchen Weg ein schwerkranker Mensch gehen möchte, muss er selber und idealerweise mit den Angehörigen treffen. Der Entscheidung muss respektiert und darf nicht verurteilt werden. Wenn immer möglich sollten Fachleute eines Betreuungsteams dem Betroffenen die bestmögliche Unterstützung bieten in einer ganzheitlichen Entscheidungsfindung. Bei Unsicherheiten ist es ratsam, Entscheide mit Hilfe eines strukturierten ethisch reflektierten Vorgehens zu erarbeiten.

Zu beachten ist die Entscheidungsfähigkeit eines Suizidwilligen. Dies muss vor dem begleiteten Suizid beurteilt werden. Die Entscheidungsfähigkeit einer Person umfasst die folgenden Punkte: die Person muss in der Lage sein, ihre Situation zu überblicken, zu verstehen und die Folge der Entscheidung abzuschätzen. Als Direktbetroffene ist dies aber möglicherweise nicht vollständig überblickbar (siehe auch Punkt 2.3. Wandlungsfähigkeit), insbesondere auch nicht die Folgen für die Angehörigen. In diesem Fall kann ihr – aus ethischer Sicht – die Entscheidungsfähigkeit für den Suizid nicht bedingungslos zugesprochen werden.

2.5 Beziehung

Oft entsteht in palliativen Situationen mit komplexen Krankheitsbildern und multiprofessioneller Begleitung mit Einbezug aller Dimensionen und des ganzen Systems um einen Patienten eine intensive Beziehung zum Patienten. Wenn der Patient sich entscheidet, bewusst aus dem Leben zu scheiden, ist es für palliative ostschweiz wichtig, dass möglichst kein Beziehungs- und Betreuungsabbruch stattfindet. In dieser Situation ist es wichtig, dass die involvierten Fachleute den Betroffenen und seine Angehörigen weiter begleiten, professionelle Hilfe bieten und eine offene Kommunikation ermöglichen.

2.6 Begleitung bei der Durchführung

Es ist die Freiheit jeder Fachperson in einer palliativen Betreuungssituation, auf Wunsch des Patienten bei einem assistierten Suizid dabei zu sein. Motivation einer solchen Begleitung können persönliche Gründe sein, um damit eine intensive Behandlungs- oder Begleitungs-Beziehung nicht abubrechen. Dies muss jedoch nach persönlichem Ermessen der beteiligten Fachperson geschehen und es besteht kein Einforderungsrecht für die Betroffenen an die Fachperson. Palliative ostschweiz vertritt die Meinung, dass Ärztinnen und Ärzte im Be-

reich Palliative Care nicht bei der Durchführung des assistierten Suizids Hand bieten sollen, auch wenn dies jeder Fachperson selbst überlassen ist.

2.7 Beihilfe zum Suizid in Institutionen

Jede Institution, in welcher Menschen gepflegt und begleitet werden, muss im Rahmen der gesetzlichen Vorlagen und Empfehlungen und idealerweise im Konsensus von Leitung und Behandlungs- und Betreuungspersonal selber entscheiden, ob in ihrer Institution Suizidbeihilfe geleistet wird.

Diese Entscheidung muss gegenüber dem Personal der Institution und vor allem gegenüber Personen und deren Angehörigen, welche das Angebot der Institution in Anspruch nehmen wollen, klar kommuniziert werden.

2.8 Fazit

- Auch ein umfassendes Angebot in der Palliative Care kann unter bestimmten Umständen nicht verhindern, dass ein Mensch den Weg des Suizids wählt (begleitet oder nicht).
- Im persönlichen und privaten Umfeld sind Fachpersonen frei, Unterstützung zu bieten, sofern sich diese im rechtlich zugelassenen Bereich bewegt.
- Die Bestimmungen der Institution sind vom Personal zu repektieren und entsprechend umzusetzen.
- Es gibt kein Recht auf begleiteten Suizid, d.h. die Begleitperson kann nicht gegen ihren Willen zur Begleitung gezwungen werden.

3 Literaturverzeichnis

Büche, D (2011) Suizidbeihilfe, Physician assisted suicide. Powerpointpräsentation

Büche, D. (2011) Suizidhilfe aus der Sicht der Palliative Care. Artikel

Dialog Ethik (Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen)

Positionspapier 2005.

<http://www.dialog-ethik.ch/publikationen/positionspapiere/positionspapier-zum-thema-sterbehilfe-2005>

FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) Positionspapier 01/2008.

Krebsliga: Positionspapier / Stellungnahme zur Sterbehilfe 02/2008.

http://assets.krebsliga.ch/downloads/stellungnks_sterbehilfe_d_080228.pdf

SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften).

<http://www.samw.ch/de/Ethik/Lebensende.html>

SBK (Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und – männer)

Positionspapier Ethikkommission SBK 05/2005.

<http://www.sbk-asi.ch/>

NEK (Nationale Ethikkommission) Stellungnahme Nr. 9/2005.

<http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de>

NEK (Nationale Ethikkommission) Stellungnahme Nr. 13/2006

<http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de>

Palliative ch: Co-Präsidium Roland Kunz und Steffen Eychmüller, 2007.

Stellungnahme zur aktuellen Sterbehilfedebatte 02/2007.