

Die Debatte um die Regelung von Sterbehilfe in der Schweiz und die MELS-Studie

Ein Forschungsprojekt setzt sich zum Ziel, Fakten zu ärztlichen Entscheidungen am Lebensende zu liefern.

G. Bosshard^a, S. Fischer^b,
K. Faisst^b

^a Institut für Rechtsmedizin

^b Institut für Sozial- und
Präventivmedizin, Universität Zürich

Résumé: Les médecins suisse-allemand(e)s remplissant ces jours-ci un certificat de décès recevront peut-être dans les semaines à venir un questionnaire de l'institut de médecine sociale et préventive (ISPMZ) et de l'institut de médecine légale (IRMZ) de l'université de Zurich. L'étude MELS (Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz) débute en effet en septembre.

Nous connaissons mal actuellement comment meurent les patient(e)s en Suisse et quelles sont les attitudes adoptées par les médecins suisses accompagnant les mourants. L'étude conjointe MELS de l'ISPMZ et de l'IRMZ effectuée dans le cadre d'un projet de l'UE (Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries) se propose d'aider à combler cette lacune. Une présentation détaillée de ce projet a déjà eu lieu dans le bulletin des médecins suisses de juin de cette année [1].

Zusammenfassung: Deutschschweizer Ärztinnen und Ärzte, welche in diesen Tagen einen Totenschein ausfüllen, werden vielleicht in den nächsten Wochen Post von den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin (ISPMZ) sowie für Rechtsmedizin (IRMZ) der Universität Zürich erhalten. Ab September werden nämlich die ersten Fragebogen zur MELS-Studie (Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz) verschickt.

Wir wissen nur wenig darüber, wie Menschen in der Schweiz sterben und welche Haltungen die Ärztinnen und Ärzte einnehmen, welche die Sterbenden begleiten. Die vom ISPMZ und IRMZ gemeinsam im Rahmen eines EU-Projektes («Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries») durchgeführte MELS-Studie will helfen, diese Wissenslücke zu füllen. Eine ausführliche Beschreibung des Projekts wurde im Juni dieses Jahres in der SÄZ publiziert [1].

Die aktuelle gesellschaftliche und politische Debatte um Sterbehilfe und die ärztliche Alltagserfahrung

Im ärztlichen Alltag stehen bei der Betreuung sterbender Patienten die persönliche Zuwendung und Massnahmen der Symptomlinderung sowie der Verzicht auf unnötige Leidensverlängerung im Vordergrund. Auch der Kontakt mit Angehörigen ist von grosser Bedeutung. Einen ernsthaften Sterbewunsch oder eine konkrete Bitte um beispielsweise Suizidbeihilfe dagegen hört die Ärztin oder der Arzt nur höchst selten. Dennoch gibt es Schwerkranken, welche ihr Leiden durch eine aktive Beschleunigung des Todesintrittes abkürzen wollen. Wer solche Situationen schon miterlebt hat, weiss, dass diese mit einer starken emotionalen Dynamik verbunden sein können und beispielsweise für Angehörige Schlüsselerlebnisse bilden können, welche deren Einstellung zum Sterben, zum Leiden, oft auch zur ärztlichen Rolle entscheidend prägen.

Diese Tatsache dürfte einer der Gründe für das grosse öffentliche Interesse an der ge-

genwärtig von den Medien breit wiedergegebenen politische Debatte um die Regelung von Sterbehilfe sein, bei welcher die Frage, wie weit Ärztinnen und Ärzte möglichen Wünschen Schwerstkranker um Suizidbeihilfe oder gar um aktive Beschleunigung des Todesintrittes entgegenkommen dürfen, eine zentrale Rolle spielt. Ob man nun als Ärztin oder Arzt diese Debatte eher als realitätsfern ablehnt oder sie begrüsst: Auf jeden Fall sollten wir uns darüber im Klaren sein, dass die politischen Vorschläge zur gesetzlichen Regelung von Sterbehilfe mit weitreichenden Konsequenzen für das ärztliche Berufsethos und den professionellen Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden verbunden sind.

Dieser Beitrag versucht, in der gebotenen Kürze die wichtigsten Eckpunkte der gegenwärtigen Schweizer Sterbehilfedebatte zusammenzufassen und die Rolle der MELS-Studie darin aufzuzeigen. Ein Überblick über die wichtigsten verwendeten Begriffe findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1.

Begriffe zur Sterbehilfe sowie deren strafrechtliche Bedeutung in der Schweiz.

Le concept d'*euthanasie* comprend généralement toutes les actes ou leurs omissions ayant pour but de hâter, dans leur intérêt, le décès de patients gravement atteints.

L'*euthanasie passive* est le renoncement ou l'interruption de traitements prolongeant la vie. On comprend par euthanasie indirecte active, la prescription chez des patients incurables de médicaments soulageant les douleurs mais pouvant, comme effet secondaire, diminuer la durée de survie. – Il s'agit là concrètement presque toujours de la prescription d'opiacés à hautes doses. Si l'on procure les moyens à un patient désirant mourir de mettre fin à ses jours, l'on parle d'*assistance au suicide*. L'euthanasie passive, l'euthanasie indirecte active et l'assistance au suicide sans intérêt personnel ne sont pas punissables en Suisse.

L'*euthanasie active* est l'exécution d'un patient incurable pour abrégier / mettre fin à ses souffrances. Elle est illégale en Suisse comme presque partout sur terre.

Une discussion est actuellement en cours en Suisse au sujet d'une dépenalisation éventuelle de «l'*euthanasie active sur demande*», sous les strictes conditions d'une demande explicite et répétée d'un malade gravement atteint souhaitant mourir. Les Pays-Bas et sont actuellement le seul pays sur terre où ce type d'euthanasie est pratiqué légalement.

Der Begriff *Sterbehilfe* umfasst heute in der Regel sämtliche Handlungen und Unterlassungen, die darauf zielen, im Interesse eines schwerstkranken Patienten dessen Tod herbeizuführen.

Passive Sterbehilfe ist der Verzicht auf bzw. Abbruch von lebensverlängernden Massnahmen. Unter *indirekt aktiver Sterbehilfe* versteht man bei hoffnungslos Schwerstkranken den Einsatz von Mitteln zur Leidenslinderung, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können – fast immer sind damit hohe Dosen von Opiaten gemeint. Wird dagegen einem sterbewilligen Leidenden ein Mittel zur Verfügung gestellt, um sich selber das Leben zu nehmen, spricht man von *Suizidbeihilfe*. Passive Sterbehilfe, indirekt aktive Sterbehilfe wie auch nicht-eigennützige Suizidbeihilfe sind in der Schweiz nicht strafbar.

Aktive Sterbehilfe ist die gezielte Tötung eines hoffnungslos Schwerstkranken zur Verkürzung bzw. zum Abbruch seiner Leiden. Diese ist in der Schweiz wie fast überall auf der Welt illegal.

In der Schweiz wird zur Zeit diskutiert über eine allfällige Strafbefreiung der «*aktiven Sterbehilfe auf Verlangen*», also unter der strikten Bedingung eines durch den Schwerstkranken eindeutig und mehrfach geäusserten Wunsches um Tötung. Diese Art von Sterbehilfe wird in den Niederlanden als «Euthanasie» bezeichnet und – als einzigem Land der Erde – legal praktiziert.

Rechtliche Aspekte

Im geltenden Schweizer Strafrecht ist die Tötung auf Verlangen gemäss Artikel 114 des Schweizerischen Strafgesetzbuches verboten und wird mit Gefängnis bestraft.

Nicht strafbar ist dagegen die Beihilfe zur Selbsttötung, solange diese nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt (Artikel 115). Fälle von Suizidbeihilfe sind als sogenannte aussergewöhnliche Todesfälle meldungspflichtig und werden in jedem Fall durch die Untersuchungsbehörden abgeklärt.

Über die passive Sterbehilfe und die indirekt aktive Sterbehilfe hat sich der Gesetzgeber in der Schweiz bisher nicht verbindlich geäussert. Solche Todesfälle gelten als natürlich, es besteht entsprechend keine Meldepflicht an die Behörden.

Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

Die aktive Sterbehilfe wird in diesen Richtlinien [2] als strafbare Handlung in jeder Form klar abgelehnt. Auch die Suizidbeihilfe wird

als nicht mit der ärztlichen Tätigkeit vereinbar beurteilt. Zur passiven und zur indirekt aktiven Sterbehilfe wird detailliert Stellung genommen: Bei sterbenden und zerebral schwerst geschädigten Patienten werden der Verzicht auf bzw. Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen wie künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse ausdrücklich gerechtfertigt. Palliativ-medizinische Techniken dürfen gemäss diesen Richtlinien auch angewendet werden, wenn sie in einzelnen Fällen mit dem Risiko einer Lebensverkürzung verbunden sein sollten.

Moralphilosophische und -theologische Aspekte

Der Zugang der geisteswissenschaftlichen Disziplinen Moralphilosophie und -theologie zur Sterbehilfethematik ist weniger praxis- als vielmehr prinzipienorientiert, was für uns Ärzte eher ungewohnt ist. So können manche Sterbehilfe-Entscheidungen beispielsweise als Abwägungen zwischen den moralischen Grundgütern «Schutz menschlichen Lebens», «Selbstbestimmung» und «Leidens-

minderung» verstanden werden. Es würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen, genauer auf diese Thematik einzugehen. Wer sich gründlicher mit diesen Fragen beschäftigen möchte, findet zur Zeit in den Buchhandlungen gleich drei wichtige deutschsprachige Werke, welche die Thematik aus dem Blickwinkel von Moralphilosophie und -theologie ausführlich und differenziert abhandeln [3–5].

Entwicklung der Sterbehilfedebatte in der Schweiz

1975 wurde Prof. Hämmerli, der internistische Chefarzt des Zürcher Triemlispihals, verhaftet und wegen vorsätzlicher Tötung angeklagt, nachdem bekannt geworden war, dass er das Leiden einer schwerkranken Patientin durch Nahrungsentzug verkürzt hatte. Das Vorgehen des renommierten Chefarztes wurde in der ganzen Schweiz heftig diskutiert, der Prozess endete mit dem vollständigen Freispruch Prof. Hämmerlis. Noch im gleichen Jahr forderte eine Zürcher Standesinitiative, die Bundesgesetzgebung sei dahingehend zu ändern, dass aktive Sterbehilfe auf Verlangen unter gewissen Voraussetzungen straffrei bleiben solle. Die Initiative wurde vom Zürcher Stimmvolk mit deutlichem Mehr angenommen, später aber vom Schweizer Parlament verworfen. 1982 wurde in Zürich die Sterbehilfeorganisation Exit (Deutsche Schweiz) gegründet, etwa gleichzeitig bildete sich in Genf die Organisation Exit-ADMD (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité). Seit einige Fälle publik geworden sind, in welchen Exit auch bei psychisch kranken Sterbewilligen Suizidbeihilfe geleistet hat, wird immer wieder heftig darüber debattiert, unter welchen Bedingungen die – grundsätzlich nicht illegale – Suizidbeihilfe zulässig sein soll.

Aktuelle politische Vorschläge

1994 forderte ein parlamentarischer Vorstoss (Motion bzw. Postulat Ruffy), dass die Straffreiheit der Suizidbeihilfe auf Fälle ausgedehnt werden solle, in welchen ein sterbewilliger Schwerstkranker nicht mehr fähig ist, sich selber das Leben zu nehmen. Daraufhin wurde vom Bundesrat eine «Arbeitsgruppe Sterbehilfe» einberufen, welche im März 1999 ihren Bericht veröffentlicht hat [6]. Eine

Mehrheit der Arbeitsgruppe spricht sich dafür aus, «in extremen und dramatischen Ausnahmefällen diejenigen Personen von Strafe zu befreien – trotz weiterhin geltender Rechtswidrigkeit ihrer Tat – die aus Mitleid einen unheilbaren und schwerkranken, vor dem Tod stehenden Menschen auf sein ernsthaftes und eindringliches Verlangen hin von einem unerträglichen Leiden befreien». Die Kommissionsminderheit lehnt diesen Vorschlag ab. Die Kommission ist sich aber darüber einig, dass die Palliativmedizin und -pflege noch mehr als bisher zu fördern sei und dass die Voraussetzungen, unter denen passive und indirekt aktive Sterbehilfe geleistet werden darf, gesetzlich definiert werden sollten.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat auf den Bericht der Arbeitsgruppe im Dezember 2000 mit einem Schreiben an den Bundesrat reagiert, in welchem sie festhält, dass sie die Zeit für eine gesetzliche Regelung derartiger Fragen als noch nicht gekommen erachtet. Sie empfiehlt eine mehrjährige Reflexionsphase, welche intensiv zur Beschaffung angemessener Entscheidungsgrundlagen genutzt werden solle.

Der Bundesrat selber hat in seiner Stellungnahme vom Juli 2001 [7] eine gesetzliche Regelung der Tötung auf Verlangen abgelehnt, da dies einer Lockerung des Fremdtötungsverbot es gleich käme und somit ein Tabu brechen würde, welches in unserer Kultur tief verankert sei. Dagegen hat er sich ausdrücklich für eine Regelung der passiven und der indirekt aktiven Sterbehilfe ausgesprochen.

Darauf hat im September 2000 der Nationalrat und Arzt Franco Cavalli eine Parlamentsinitiative eingereicht, welche auf einer Neuregelung der Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe im Sinne der Mehrheit der Kommission Sterbehilfe insistiert [8].

Ärztliche Entscheidungen am Lebensende und der natürliche Tod

Ohne Zweifel wird auch heute noch der Tod in den allermeisten Fällen als ein der menschlichen Verfügung entzogenes, schicksalhaftes Geschehen erlebt. Ausdruck dieser Sichtweise ist der oft verwendete Ausdruck «natürlicher Tod». Dem gegenüber steht die Tatsache, dass die moderne Medizin über ganz erhebliche Möglichkeiten der Lebenserhaltung

und Lebensverlängerung verfügt. Insgesamt möchte wohl kaum jemand diese Errungenschaften missen. Dennoch kann es beispielsweise bei zerebral schwerst Geschädigten oder Schwerkranken ohne Aussicht auf Besserung zu Situationen kommen, in welchen der Einsatz des ganzen Spektrums an medizinischen Möglichkeiten zur Verlängerung eines als sinnlos empfundenen Leidens führen könnte. In solchen Fällen wird im heutigen medizinischen Alltag nicht selten ein Verzicht auf den Einsatz lebensverlängernder Massnahmen erwogen. Hinzu kommen aktive ärztliche Massnahmen, welche eine Beschleunigung des Todeseintrittes als Nebenwirkung in Kauf nehmen, in gewissen extremen Ausnahmefällen möglicherweise auch anstreben.

Insgesamt lassen Studien aus einigen westlichen Industriestaaten vermuten, dass heutzutage etwa einem Viertel bis der Hälfte aller Todesfälle medizinische Entscheidungen vorangegangen sind, welche durch bewussten Behandlungsverzicht oder durch aktive Massnahmen den Todeseintritt beschleunigt haben könnten.

In der Schweiz selber wurden bisher keine Untersuchungen durchgeführt, welche es gestatten würden, die Häufigkeit einzelner Sterbehilfemassnahmen abzuschätzen. Der erste Teil der MELS-Studie will hier Informationen liefern, indem ausgehend von einer Zufallsstichprobe von 5000 Todesfallformularen die unterzeichnende Ärztin oder der unterzeichnende Arzt zu dem Todesfall befragt werden soll.

Einstellung der Ärzteschaft und der Bevölkerung zu Sterbehilfe

Mehrere Meinungsumfragen der letzten 25 Jahre unter der Schweizer Bevölkerung zur Akzeptanz von Sterbehilfe zeigen ziemlich konstant, dass jeweils etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Befragten der Meinung sind, dass Sterbehilfe auf Verlangen für unheilbar Kranke erlaubt sein solle.

Zur Einstellung der Schweizer Ärzteschaft zur Sterbehilfe wurde 1995 eine Umfrage durchgeführt. Befragt wurden 300 Ärztinnen und Ärzte, welche Mitglied der Sterbehilfeorganisation Exit waren, sowie eine reprä-

sentative Stichprobe von 1000 Ärztinnen und Ärzten, welche nicht Mitglied von Exit waren [9]. Deren Einstellung zur aktiven Sterbehilfe wurde anhand von vier hypothetischen Szenarien erfragt: moribunder Zustand mit unerträglichen Schmerzen, vollständige Schluckhemmung, unfallbedingte Hirnzerstörung mit irreversiblen Koma, Senilität. In den ersten zwei Szenarien lag ein expliziter Sterbewunsch des Patienten vor, in den letzteren zwei wurde das Vorliegen einer entsprechenden schriftlichen Verfügung angenommen. Von denjenigen Ärztinnen und Ärzten, welche nicht Mitglied der Sterbehilfeorganisation Exit waren, bestand für diese vier Szenarien bei durchschnittlich 11% bis 22% der Befragten eine klare Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe, bei den Exit-Mitgliedern waren es 69% bis 81% der Befragten.

Der zweite Teil der MELS-Studie will die Einstellung der Ärzteschaft detaillierter und umfangreicher als bisher untersuchen, indem 1500 Ärztinnen und Ärzten schriftlich befragt werden sollen.

Erfassung der Schweizer Realität durch den Einbezug der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte

Gegenwärtig findet eine intensive gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Fragen zum Umgang mit Sterben und Tod und speziell zur Sterbehilfe statt. Diese Auseinandersetzung ist grundsätzlich zu begrüssen. Ein vermehrter Einbezug von Personen, welche die tatsächlichen Probleme am Sterbebett von Ihrem beruflichen Alltag her kennen, in diese Diskussion erscheint allerdings wünschenswert. Andernfalls besteht die Gefahr überstürzter und praxisfremder politischer Entscheidungen.

In dieser Situation wollen wir mit der MELS-Studie einen Diskussionsbeitrag leisten, der ausschliesslich auf der Befragung ärztlicher Praktiker basiert. Ohne Ihre Mitarbeit, liebe Kolleginnen und Kollegen, wird dies aber nicht möglich sein. Deshalb möchten wir Sie herzlich bitten, falls Sie angeschrieben werden, sich trotz Ihres hektischen Berufsalltages die Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens zu nehmen. Wir danken Ihnen dafür.

Literatur

- 1 Faisst K. Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2001;82:1329–30.
- 2 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und cerebral schwerst geschädigter Patienten. Schweiz Ärztezeitung 1995;76:1223–5.
- 3 Wettstein RH. Leben- und Sterbenkönnen. Verlag Peter Lang, 1995.
- 4 Zimmermann-Acklin M. Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. Freiburg: Universitätsverlag Freiburg i. Ue., Verlag Herder; 1997.
- 5 Holderegger A, Hrsg. Das medizinisch assistierte Sterben. Freiburg: Universitätsverlag Freiburg i. Ue., Verlag Herder; 2000.
- 6 Arbeitsgruppe Sterbehilfe. Bericht an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement. <www.bj.admin.ch>, 1999.
- 7 Bundesamt für Justiz: Bericht des Bundesrates zum Postulat Ruffy, Sterbehilfe. <www.bj.admin.ch>, 2000.
- 8 Parlamentarische Initiative Cavalli. Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe. Neuregelung. <www.admin.ch>, 2000.
- 9 Schär M, Allgöwer M. Einstellung der Ärzteschaft zur Sterbehilfe. Schweiz Ärztezeitung 1995;76:450–3.

Cyberslang für jedermann

Silva Keberle

In dieser Kleinstrubrik veröffentlicht PrimaryCare die bekanntesten Kürzel, die im E-mail-Verkehr und vor allem in Chatgroups Anwendung finden. CU!

G

g	Steht im Chat für <i>giggle</i> oder <i>grin</i> , kichern oder grinsen.	gngn!	Kurz für «geht nicht, gibt's nicht!».
ga	Kurz für <i>go ahead</i> , vorwärts, fang' an.	Gok	Kurz für <i>God only knows</i> , das weiss nur Gott.
gfc	Kurz für <i>going for coffee</i> , (ich) gehe zum Kaffeetrinken.	GUID	Kurz für <i>Global Unique Identifier</i> .
giE	Kurz für <i>ganz im Ernst</i> .	GPF	Kurz für <i>General Protection Fault</i> , Allgemeine Schutzverletzung (Windows).
GIF	Kurz für <i>Graphics Interchange Format</i> .	GR!	Kurz für <i>Guten Rutsch!</i>
gl	Kurz für <i>get lost</i> , verliere Dich, im Sinne von: verschwinde.	grmb!	Kurz für <i>grumble</i> , verärgert sein.