



VEREINIGUNG KATHOLISCHER ÄRZTE DER SCHWEIZ
ASSOCIATION DE MEDECINS CATHOLIQUES SUISSES
ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI SVIZZERI

Membre de la Fédération européenne (FEAMC) et internationale (FIAMC)
d'associations de médecins catholiques

Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
z. H. Herrn A. Schmocker
Avocat
3003 Bern

Seftigen, 1.3.2010

Stellungnahme der VKAS zu den vom Bundesrat vorgeschlagenen Modifikationen des Art. 115 StGB bzw. Art. 119 MStGB betreffend organisierter Suizidhilfe.

Am 28. Okt. 2009 sind vom EJPD zwei Varianten zur Änderung des Art. 115 StGB bzw. des gleichlautenden Art. 119 MStG zur organisierten Suizidbeihilfe in die Vernehmlassung gegeben worden. Die vom Bundesrat favorisierte Variante 1 möchte den Suizidhilfeorganisationen strenge Sorgfaltspflichten auferlegen, während Variante 2 die organisierte Suizidbeihilfe generell unter Strafe stellt.

Die Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz beschäftigt sich seit längerer Zeit mit bioethischen Fragen der Hilfe beim und zum Sterben. Nach eingehender Prüfung der Vernehmlassungsunterlagen möchten wir uns wie folgt äussern:

Mit Variante 1 möchte der Bundesrat offensichtlich der in den letzten Jahren erfolgten Ausweitung der organisierten Suizidhilfepraxis begegnen.

Mit einer gesetzlichen Regelung wird jedoch vorausgesetzt, dass der Suizid in voller Urteilsfähigkeit, die Beihilfe zum Suizid sowie die organisierte Suizidbeihilfe als solche akzeptabel und legitim seien.

Alle drei Voraussetzungen werden heute weithin zu wenig hinterfragt, sind jedoch alles andere als selbstverständlich.

So kann grundsätzlich bezweifelt werden, ob Suizid sinnvollerweise Gegenstand selbstbestimmten Handelns sein kann. Wenn Menschen einem Denken unter-

worfen werden, wonach Gebrechliche und Leidende ein lebensunwertes Leben führen, wird das Lebensende zum Lebensinhalt.¹ Es findet eine gedankliche Einengung auf dieses Themenfeld statt, wie dies beispielsweise für Depressive besonders ausgeprägt der Fall ist. Suizidabsichten im Kontext von somatischen und psychischen Leiden sind daher gerade nicht frei, sondern entstehen aus diesen Belastungssituationen heraus. Mit Selbstbestimmung und Wohlerwogenheit hat dies praktisch nichts mehr zu tun. Die menschliche Freiheit besteht nicht nur auf der Ebene des Handelns, sondern auch in der Offenheit für die Zukunft.² Dass ein christlich geprägtes Menschenbild diese Aspekte noch auf entscheidende Weise zu vertiefen vermag, muss an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Auch wenn in schwerer Bedrängnis subjektive suizidale Gedanken nachvollziehbar und verständlich sein mögen, so ergibt sich jedoch mit dem Hinzutreten eines Dritten, des Suizidhelfers, ein fundamentaler Unterschied, weil im Falle der Beihilfe zum Suizid implizit oder explizit ein von aussen herangetragenenes Urteil über den Lebenswert mitspielt. Dies ist besonders dann der Fall, wenn Menschenwürde nur an äusseren Bedingungen und menschlichen Fähigkeiten festgemacht wird. Allerdings kann angesichts der Not und Krisenhaftigkeit auch die enorme Anforderung an allfällige „Helfer“ erahnt werden. Denn unbestrittenmassen steht die sittliche Pflicht, Handlungsalternativen im Sinne der lindernden Behandlung und menschlichen Begleitung im Rahmen von palliative Care anzubieten und umzusetzen, im Vordergrund. Zu bedenken ist auch, dass der assistierte Suizid gar keine autonome Handlungsstruktur aufweist³, da offensichtlich nur eine bedingte Tatherrschaft möglich ist. Auch wenn Suizidbeihilfe nicht unter Strafe gestellt ist, bezweifeln wir daher, dass sie ethisch-moralisch überhaupt gerechtfertigt werden kann.

Die Suizidbeihilfe in organisierter Form ist zudem ein öffentliches Angebot, das geeignet ist, mit entsprechender medialer Vermittlung und Reklame erst Bedürfnisse für assistierten Suizid zu wecken. Organisation von Suizidbeihilfe heisst feste Strukturen zu schaffen, um auf dieser Grundlage kontinuierlich und „routiniert“ arbeiten zu können. Damit ist eine Ebene der gesellschaftlichen Gestaltung des Lebensendes erreicht, die dann auch Gegenstand von Nachfragen und Forderungen wird, wie die Entwicklung in der Schweiz zeigt. Damit geht eine zunehmende und schleichende Indifferenz dem Töten von Leidenden und Behinderten gegenüber einher. Dies kann ganz konkret an der Ausweitungstendenz auf psychisch Kranke⁴ und „Lebensmüde“⁵ gezeigt werden. So genannt selbst-

¹ Siehe auch Volker Eid in: *Leben in der Hand des Menschen*; Benziger, 1991, Seite 195-196

² So Otfried Höffe an der Tagung vom 5.2.2010 in Zürich: *Suizid als Lebensproblem – Organisierte Suizidbeihilfe als gesellschaftliches Problem*

³ So Prof. D. Hell an der Tagung vom 5.2.10 in Zürich (siehe auch Fussnote 2)

⁴ Stellungnahme Nr. 9/2005 der NEK, schliesst Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken nicht vollständig aus.

⁵ *Organisierte Suizidhilfe*, Bericht des EJPD vom 15.5.2009, Fussnote 53 auf den Seiten 15-16, mit weiteren Hinweisen; oder „Des Lebens müde...“, C.Y. Genton, *Schweiz Med Forum*2009;9(25):449

bestimmte individuelle Entscheide werden zum Handlungsmodell für die Gesellschaft umfunktioniert. Diese lebensfeindliche Tendenz ist mit den Vorgaben von Art. 10 der Bundesverfassung, die den Staat zum Lebensschutz verpflichten, nicht zu vereinbaren.

Gegen die Variante 1 sprechen aus unserer Sicht zudem folgende Gesichtspunkte:

Mit der vorliegenden Legiferierung ist eine unerwünschte staatliche Legitimierung der organisierten Suizidbeihilfe verbunden. Wenn Organisationen wie Exit auf angeblich hohe Zustimmungsraten in der Bevölkerung verweisen, um auf eine bereits erfolgte „Legitimierung“ zu schliessen, so vermissen wir eindeutige empirische Daten. Abgesehen davon kann von solchen Ergebnissen keine ethische Rechtfertigung der Suizidbeihilfe abgeleitet werden, weil dadurch der bekannte naturalistische Fehlschluss vorliegt (weil ein Sollen aus empirischen Daten abgeleitet wird).

Der Arzt wird erstmals im vorgeschlagenen Gesetzesartikel zwingend in den Suizidhilfeprozess eingebunden. Neben gutachtlichen Stellungnahmen zur Urteilsfähigkeit und Prognose des schweren Leidens ist er insbesondere für die Verschreibung von Natriumpentothals (NaP) zuständig. Damit entstehen für den Arzt schwerwiegende Zielkonflikte. Selbst die der Suizidhilfe in Einzelfällen gegenüber ambivalent eingestellte SAMW hält fest, dass Suizidbeihilfe kein Teil ärztlicher Tätigkeit sein kann, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Ein weiterer Widerspruch wird geschaffen, wenn ein Heilmittel (NaP) in letaler Dosis verschrieben werden soll. Letztlich findet eine unannehmbare Instrumentalisierung des Arztes statt. Hier zeigt sich deutlich, dass bei der Suizidbeihilfe-problematik auch sozialetische Konsequenzen zu berücksichtigen sind.

Mit der Integration des Arztes in den Suizidhilfeprozess wird das bisher unbestrittene Berufsethos in Frage gestellt und letztlich auch die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient untergraben.

Mit der vorgeschlagenen Variante 1 sind zudem praktisch unüberwindliche Probleme in der konkreten Umsetzung verbunden.

Schon bei der Feststellung der Urteilsfähigkeit stellen sich schwierige Fragen, zumal beim Entscheid, das Leben vorzeitig zu beenden, irreversible Handlungsfolgen zur Diskussion stehen:

Wie wird Urteilsfähigkeit festgestellt? Existieren entsprechende Kriterien? Gibt es graduelle Abstufungen der Urteilsfähigkeit? In welchem Zeitpunkt muss sie gegeben sein? Gibt es bestimmte Kategorien von Menschen, bei denen Urteilsfähigkeit generell auszuschliessen ist? ⁶

⁶ Siehe auch bei P. Rosenstock, „Was heisst Freiheit?“, Stutz Druck AG Wädenswil, 2009, Seite 23

Analoge Überlegungen ergeben sich, wenn es um die Feststellung eines dauerhaften freien Willens, der Wohlerwogenheit und Konstanz des Sterbewunsches geht.

Die Fragen akzentuieren sich noch bei Schwerkranken und Sterbenden.

Unseres Erachtens werden hier Probleme aufgeworfen, welche auch auf gutachtlicher Ebene einer absehbaren Meinungsvielfalt unterworfen sind. Dies beruht unseres Erachtens auf einem einseitigen Bild vom kranken leidenden, abhängigen und auf Hilfe angewiesenen Menschen, der nicht nur selbstbestimmt, sondern auch vielfältigen Einflüssen des näheren und weiteren Umfeldes ausgesetzt ist und der mit Bezugspersonen interagiert. Solche Faktoren sind – allen vorgesehenen Dokumentationen zum Trotz - nur schwer erfassbar und objektivierbar. An dieser fundamentalen Unsicherheit krankt die heute von einigen Seiten schönfärberisch dargestellte organisierte Suizidbeihilfe. Ein allfälliges Aufsichtsgesetz würde diese Situation noch akzentuieren.

Der Versuch, diesen Schwierigkeiten mit Qualitätsförderung zu begegnen und den ausufernden Aktivismus von Suizidhilfeorganisationen zu bremsen, mag gut gemeint sein, wäre aber letztlich ein Schlag ins Wasser und kündigte den Übergang von der Heiltechnik zur kontrollierten Tötungstechnik an.

Dass Menschenwürde nicht nur mit Selbstbestimmung und Autonomie zu verbinden ist, haben wir an anderer Stelle ausführlicher dargelegt. Ebenso wurde gezeigt, dass auch schweres Leiden und Abhängigkeit von Pflege und Zuwendung die inhärente Menschenwürde keineswegs verletzen⁷.

Laut Art 115d sollen mit der suizidwilligen Person andere Hilfestellungen als der Suizid erörtert und bei entsprechendem Wunsch vermittelt und angewandt werden. Zu fordern wäre jedoch, dass solche Angebote ernsthaft und konsequent dem Patienten dargestellt und im Sinne der Lebenshilfe zu favorisieren und nicht etwa der Suizidhilfe gleichzustellen wären, wie dies der Artikel nahe legt. Die medizinisch-praktische Erfahrung zeigt klar, dass Patientenentscheide über medizinische Massnahmen stark vom Engagement des Arztes, seiner Wortwahl und einer manchmal selektiv kommunizierten Information abhängt. Die organisierte Suizidhilfe ist einseitig auf ihre Aktivitäten ausgerichtet, sie ist auf das Sterben fixiert, nicht auf die Hilfe zum Leben vor dem Tod.⁸ Von ihr kann gar nicht erwartet werden, dass sie eine überzeugende Empfehlung für Palliative Care oder Hospizbetreuung abgeben kann, weil es dem „Métier“ der Suizidbeihilfe klar zuwiderläuft. Nicht umsonst werden in der Position von Exit zur Vernehmlassung vom 14.12.09 massive Einschränkungen in Variante 1 gegenüber

⁷ Hilfe beim oder Hilfe zum Sterben? Position der VKAS zur Sterbehilfeproblematik ; Schweiz Ärztezeitung. 2008;2008(28):1245-1249.

⁸ Volker Eid in: Leben in der Hand des Menschen; Benziger, 1991, Seite 195-196

der heutigen Praxis beklagt.⁹ Damit ist die diesen Organisationen inhärente Tendenz zur Ausweitung ihrer „Indikationen“ offiziell belegt. Durch solche Einstellungen wird einer humanen menschengerechten Lösung der Weg verbaut.

In diesem Zusammenhang möchten wir auch auf die vereinnahmende, um nicht zu sagen rigoristische Haltung der Exponenten solcher Organisationen aufmerksam machen, wie sie sich in öffentlichen Stellungnahmen und Diskussionsrunden immer wieder manifestieren. Mediale Verstärkerfunktionen tragen das Ihre dazu bei, negative Signale an Alte und Behinderte, Schwerkranke zu übermitteln. Hier stellt sich bereits das drängende Problem, ob durch diese Aktivitäten nicht bereits eine – wenn auch indirekte, letztlich aber doch real greifbare - Verleitung zum Suizid vorliegt. Man wird sich auch die Frage stellen dürfen, inwiefern sich solche Einstellungen auf die konkrete Betreuung von Suizidwilligen oder diesbezüglich noch ambivalenten Patienten auswirken mögen?

Aufgrund dieser vielfältigen Unwägbarkeiten besonders bei schwerkranken Menschen, die Suizidhilfe beanspruchen, und der bekannten Haltung von Exponenten der Suizidhilfeorganisationen bezweifeln wir, dass den Missbräuchen und dem Sterbehilfetourismus mit der Variante 1 ernsthaft Einhalt geboten werden kann.

Die an und für sich anerkennenswerten Bemühungen des EJPD, die höchst unbefriedigenden Situation zu verbessern, ist unseres Erachtens – wie gezeigt – aus allgemeinen Gründen ungenügend und anhand spezifischer Probleme wohl zum Scheitern verurteilt.

Damit rückt jedoch Variante 2, welche die organisierte Suizidbeihilfe unter Strafe stellt, unseres Erachtens weit in den Vordergrund.

Dass die aktuellen gesellschaftlichen Probleme nicht nur mit Verboten beizukommen ist, erscheint offensichtlich. Es ist aus unserer Sicht daher unabdingbar, landesweit ernsthafte Bemühungen in der Implementierung von Palliative Care, allenfalls Hospizbetreuungsmöglichkeiten und der Suizidprävention an die Hand zu nehmen.

Für den Vorstand der VKAS

Der Aktuar
Dr. med. Peter Ryser-Düblin
Innere Medizin FMH
Hausmatt 27
3662 Seftigen

⁹ In der „Position von Exit – Zusammenfassung“ wird kritisiert, dass mit Variante 1 „Chronisch Kranke, Schmerzpatienten, Polymorbide, Tetraplegiker, Menschen mit schweren Beeinträchtigungen“ nicht mehr begleitet werden dürften.