



Psychiatrische
Universitätsklinik
Zürich

Sterbewunsch und Suizidalität

– Ergänzendes aus psychiatrischer Sicht –

Paul Hoff

Fachtagung
**«Gutes Sterben im Alter – Herausforderungen
bei psychischen Erkrankungen»**

10. März 2026, Paulus-Akademie Zürich



Spital- und Klinikseelsorge
Katholische Kirche im Kanton Zürich



**Universität
Zürich**
UZH

Die aktuelle Ausgangssituation

- ▶ Assistierter Suizid ist heute vielerorts eine **Realität**.
- ▶ Personen *nur* wegen einer psychiatrischen Diagnose davon auszuschliessen, wäre **diskriminierend**.
- ▶ Suizidalität ist oft, jedoch nicht immer Ausdruck einer **behandelbaren psychischen Erkrankung**.

Die Kernfrage

- «Ist der Suizidwunsch einer psychisch erkrankten Person ein *Symptom* oder ein *autonomer Entscheid?*»
- Das Thema ist **eines der schwierigsten in der Psychiatrie**. Einfache Antworten führen immer nur zu einer **Scheinsicherheit**.
- Die aktuelle Literatur **ringt** mit diesem Thema. Dafür nun einige Beispiele.

Schwerpunkt Lebensende

Wie aus dem Sterben ein Projekt wurde

Früher war der Tod ein Tabu der Moderne. Heute ist er ein öffentlicher Dauergast und eine Pendenz in der Planung des privaten Lebens. Von *Daniel Di Falco*

Sterben müssen alle. Ob es auch alle können, scheint neuerdings fraglich. «Sterben und sterben lernen», «Die Fähigkeit zu sterben» – so und ähnlich heissen die Bücher, die derzeit problemlos einen halben Laden füllen. Es gibt «Sterben für Anfänger», das «Übungsbuch zur Akzeptanz des Unvermeidlichen» und den «Reisebegleiter für den letzten Weg». Es geht in solchen Ratgebern um die Patientenverfügung oder die Wohnungsauflösung, um die man sich, so der Rat, «besser früher als später» kümmert – mit «Checklisten für das Abschiednehmen». Aber es geht auch um das Sterben selber. Also darum, «was wir für ein gutes Sterben tun können» oder «wie wir die Angst vor dem Sterben überwinden». Weil Ängste «Blickden» sind, «die ein Loslassen verhindern». Und weil auch sonst alles im Leben so «gut organisiert, durchdacht und doppelt versichert» ist: «Doch sind wir auch so minuziös auf unsere Vergänglichkeit vorbereitet?» Es ist offensichtlich: Der Tod steht auf der Agenda. Nicht nur das Leben, auch das Sterben ist ein Gegenstand der Lebensgestaltung geworden. Eine «fundamentale Transformation» im gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, diagnostiziert der Augsburger Soziologe Werner Schneider: Im Übergang vom 20. zum 21. Jahrhundert habe eine «zunehmende Diskursivierung des Lebensendes» angefangen, also eine wachsende öffentliche Auseinandersetzung mit dem Sterben.

Unerwartetes Comeback

Zu erwarten war das nicht. Als eines der Kennzeichen der abendländischen Moderne galt bis vor kurzem die Verdrängung des Todes. Im Lauf des 20. Jahrhunderts sei er «ausgebürgert» worden, schreibt der französische Historiker Philippe Ariès in seiner «Geschichte des Todes»: Das Sterben wurde zunehmend aus den Wohnungen in

die Spitäler verlegt und den Ärzten überlassen. Und es verlor dabei nicht nur seinen kirchlichen Rahmen, sondern auch seinen öffentlichen Wert und wurde zum unsichtbaren, ja «heimlichen» Ereignis.

Der Walliser Ethnologe und Soziologe Bernard Crettaz, der sich ein halbes Forscherleben mit dem Tod beschäftigt hat, spricht heute im Rückblick von der «Marginalisierung» des Sterbens. Und er macht sie vor allem in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg fest: in der Ära der Konsumgesellschaft und der Wirtschaftswunderjahre. Vor allem der tote Körper sei damals von der Bildfläche verschwunden, schreibt Crettaz: «Er wurde beseitigt, jeweils so rasch wie möglich.»

Nach der Ausbürgerung des Todes kehrt er zurück in den Alltag.

Allerdings hatte Philippe Ariès schon im späten 20. Jahrhundert Anzeichen dafür bemerkt, dass sich an unserem Verhältnis zum Sterben womöglich etwas änderte; bei den Psychologen beispielsweise, die die Unterdrückung des Trauerns in der Öffentlichkeit kritisierten. Mittlerweile ist es zur Gewissheit geworden: «Die Veränderungen sind dramatisch», schreibt der Berliner Soziologe Hubert Knoblauch. Er stellt eine «zunehmende Popularität des Todes» fest. Den Anfang dieser Entwicklung sieht Knoblauch bei jenen sozialen Bewegungen, die seit dem Ende der 1960er Jahre das Sterben zunehmend zum öffentlichen Thema gemacht haben: von der «Death Consciousness» und der «Natural Death» über die Aids- bis zur Sterbehospiz-beziehungswiese Hospizbewegung. Mittlerweile zeige sich die «Präsenz des Todes» nicht nur in den

gehäuften Debatten über die Sterbehilfe, die Palliativmedizin oder den Hirntod, sondern auch mitten in der Alltagskultur. Also in einer Ausweitung des Totengedenkens, in einer neuen Vielfalt der Bestattungsformen, in der wachsenden Ratgeberliteratur oder auch in der allabendlichen Leichenschau in Fernsehserien wie «Six Feet Under», «Bones» oder «Der Bestatter».

Medialer Unterhaltungswert

Die Ära der Todesverdrängung scheint also vorbei, und mit diesem Befund ist Knoblauch nicht allein. Von einer «neuen Sichtbarkeit des Todes» spricht etwa der Kulturphilosoph Thomas Macho, von seiner «Rückkehr» der Soziologe Klaus Feldmann: Das Sterben sei zwar aus dem Alltag der meisten Menschen «ausgegliedert», doch über die Medien komme es zu ihnen zurück.

Das Sterben der Engländerin Jade Goody beispielsweise, die zuerst ihr Leben zur Fernsehshow machte, als Inassin des «Big Brother»-Containers, dann aber auch dessen Ende. Die 27-jährige Zahnarzthelferin hatte Gebärmutterhalskrebs, und Millionen waren live dabei, als sie den Befund bekam. In den Medien zeigte sie dann auch, wie ihr die Haare ausfielen und wie sie immer schwächer wurde. Die «Stoffmaske» auf dem gemarterten Gesicht (Die Zeit) und die Küsse ihres Ehemanns, ihre Angst vor dem Ende und ihre Tränen, die Sorge um die beiden Söhne und das Fehlen um die «Todespille»: Das waren Bilder im Fernsehen und auf den Titelseiten. Nur ihren letzten Atemzug, den sie eigentlich dem bezahlenden «Living TV» verkauft hatte, tat Goody in den frühen Stunden des 22. Septembers 2009 dann doch privat.

Umgekehrt kann das Sterben selber heute Unbekannte zu öffentlichen Figuren machen. So wie Norma Bauerschnid. Die Amerikanerin bekam mit 90 Jahren die

Schweizerischer Nationalfonds
Akademien Schweiz

Horizonte 112 (März 2017)



Ärztlich assistierter Suizid

Suizidbeihilfe bzw. ärztlich assistierter Suizid

Eine psychiatrische Position

M. Wolfersdorf

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth

Schlüsselwörter

Suizid, psychische Erkrankung, Suizidbeihilfe, ärztlich assistierter Suizid, Gesetzgebungsverfahren 2015

Keywords

Suicide, mental disorder, assisted suicide, legislation 2015

Zusammenfassung

Suizidprävention ist Kernaufgabe psychiatrisch-psychotherapeutischen Handelns. Suizidalität gilt aus psychiatrischer Sicht als

Summary

Suicide prevention is a corner stone of psychiatric and psychotherapeutic work. Most of all suicides occur in the context of psycho-

malefizien), Gerechtigkeit (fairness), Wahrhaftigkeit, Verschwiegenheit, Besonnenheit, Verantwortung, Vertrauen und vor allem Selbstbestimmung (autonomy), die Fähigkeit zur Selbstverantwortung (3–14, 19–21, 49–52) (►Kasten).

Ethische Fragestellungen sind auch in der deutschen Psychiatrie und Psychothe-

Nervenheilkunde 6/2015

Selbstbestimmung und psychische Störung bei Suizid-Beihilfe-Ansinnen¹

J. F. Spittler

Datteln

Schlüsselwörter

Assistierter Suizid, psychische Störungen, Urteils- und Selbstbestimmungsfähigkeit

Zusammenfassung

Ziel: Bei Menschen mit einem Suizid-Beihilfe-Ansinnen an eine Organisation stellt sich die Frage der Urteilsfähigkeit und Selbstbestimmtheit bei einer zugrunde liegenden oder beteiligten psychischen Störung, insbesondere ei-

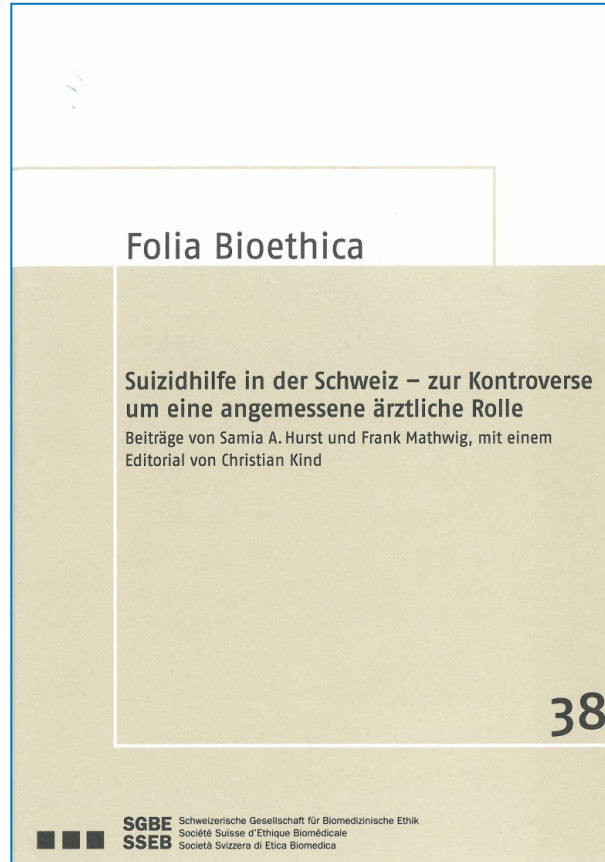
Keywords

Assisted suicide, schizophrenia, depression, personality disorder, competence of judgment

Summary

Objective: People seeking support for assisted suicide from an organisation often also suffer from psychiatric disturbances. The question arises whether this impairs competence of judgement and justification for as-

Psychische Störungen, vorwiegend depressive Verstimmungen, gelten als maßgebliche Ursache eines Suizids oder eines Suizidversuchs (1, 2). Selbst bei den in der Weltliteratur als Entscheidung eines freien Geistes dargestellten Suiziden stellt sich die Frage, wie weit eine larviert depressive oder heroisierte, unterschwellig aber doch verzweifelte Verstimmung für die Entscheidung erheblich gewesen sein dürfte. Wenn



2013



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Stellungnahme

16. September 2015

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
[WWW.DGPPN.DE](http://www.dgppn.de)

Stellungnahme der DGPPN zum ärztlich assistierten Suizid

Die derzeitige gesellschaftspolitische Debatte vor dem Hintergrund eines Gesetzgebungsprojektes zur Suizidbeihilfe, auch durch Ärzte, die nicht selten fälschlicherweise als Sterbehilfe bezeichnet wird, veranlaßt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu einer eindeutigen Positionierung: Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Aus psychiatrischer Sicht muss stattdessen der Schwerpunkt auf Suizidprävention und dem Kampf um das Leben jedes einzelnen Menschen liegen.

2015

REVIEW



Medical assistance in dying: special issues for patients with mental illness

Kathleen Sheehan^a, K. Sonu Gaind^a, and James Downar^b

Purpose of review

Medical Assistance in Dying (MAID) is now legal in many jurisdictions for competent adults who have intolerable suffering and/or have a terminal illness with a short prognosis. Mental illness can be a source of suffering for these individuals, but it can also affect their capacity to make medical decisions. Clinicians,

Summary

MAID represents an ethical and clinical challenge for psychiatrists in a variety of ways. As more jurisdictions legalize MAID, the psychiatric community will need to be prepared to meet these challenges with robust clinical standards and educational programs to ensure the highest standards of care for patients.

Ein Review
aus 2017 (!)

Physician-Assisted Death for Psychiatric Patients — Misguided Public Policy

Franklin G. Miller, Ph.D., and Paul S. Appelbaum, M.D.

Should physician-assisted death be available to people with psychiatric disorders? Although it was once unthinkable, physicians, primarily in the Netherlands and Belgium, have helped a small but growing number of patients with mental illness but

no terminal condition to end their lives. Such assistance is also under consideration in Canada, where physician-assisted death was recently legalized after Canada's Supreme Court held that the law prohibiting assisted suicide violated Canadians' constitu-

tional rights. Subsequent legislation passed by the Canadian parliament limited medical assistance in dying to competent adults who have a "grievous and irremediable medical condition" and whose "natural death has become reasonably foreseeable."

«MAiD» in der
Psychiatrie:

Risiko

oder

Chance?

Physician-Assisted Suicide and Psychiatric Illness

Joris Vandenbergh, M.D., Ph.D.

The large majority of suicides result from the psychopathological skewing of thoughts and emotions. Physicians have a duty to do whatever they can to prevent these suicides. However, in exceptional cases, suicide might be considered a rational choice of a competent person. "Rational suicidality," I would argue, can even be conceivable in the presence of

permitting EAS — which allow this option for patients with psychiatric illness, unlike the laws in some U.S. states, which are limited to physician-assisted suicide in patients with terminal illness — is that patients should be able to end irremediable and unbearable suffering caused by an illness for which treatment has become futile.¹ Under this princi-

ple-oriented care will relieve suffering in most patients and help them regain control and establish a personally fulfilling, meaningful life. But rare patients continue to suffer immensely and are overwhelmed by enduring or recurring symptoms despite receiving the best care.

In Belgium and the Netherlands, some of these patients

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE

2021, VOL. 25, NO. 1, 2–18

<https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1797097>



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group



REVIEW ARTICLE

The ongoing discussion on termination of life on request. A review from a German/European perspective

Hans-Jürgen Möller

Department of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-Universität Munich, Munich, Germany

ABSTRACT

Background: Interest in the topic of termination of life has been growing for 2 decades. After legalisation of active euthanasia and assisted suicide (EAS) in the Netherlands in 2002, movements to implement similar laws started in other European countries. However, many people objected to legalisation on the basis of the experiences in the Netherlands and as a matter of principal.

Methods: This selected and focussed review presents the theoretical discussions about EAS and describes the respective parliamentary discussions in Germany and the data and experiences in the Netherlands. It also considers people with mental disorders in the context of termination-of-life services.

Results: So far, only a few European countries have introduced legislation on EAS. Legalisation of EAS in the Netherlands resulted in an unexpectedly large increase in cases. The number of people with mental disorders who terminate their lives on request remains low.

Conclusions: Experience from the Netherlands shows that widening criteria for EAS has problematic consequences.

ARTICLE HISTORY

Received 30 March 2020

Revised 22 June 2020

Accepted 26 June 2020

KEYWORDS

Termination of life on request; euthanasia; assisted suicide; euthanasia epidemiology; ethics of euthanasia; mental disorders

General Hospital Psychiatry 69 (2021) 7–11

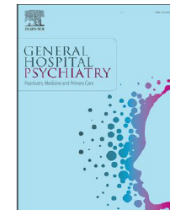


ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

General Hospital Psychiatry

journal homepage: www.elsevier.com/locate/genhospsych



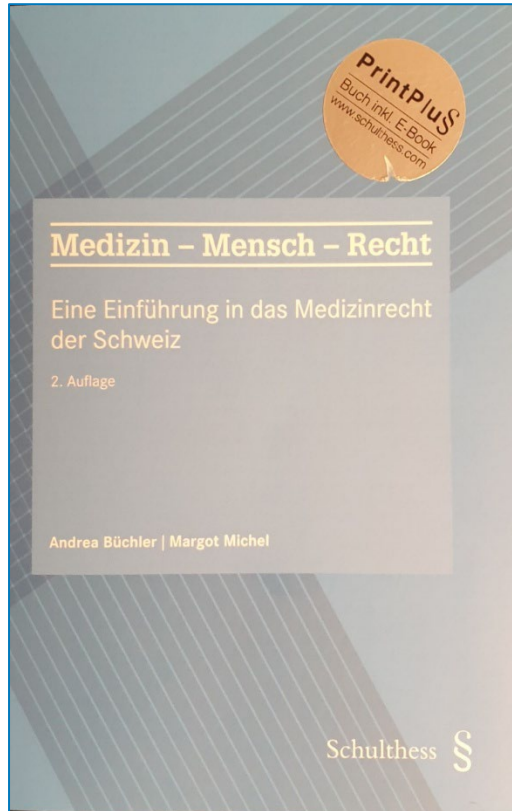
High rates of psychiatric comorbidity among requesters of medical assistance in dying: Results of a Canadian prevalence study

Elie Isenberg-Grzeda^{a,*}, Amy Nolen^b, Debbie Selby^b, Sally Bean^c

^a Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada Odette Cancer Centre, Sunnybrook Health Sciences Centre, 2075 Bayview Avenue, TG-230, Toronto, Ontario M4N3M5, Canada

^b Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Canada Sunnybrook Health Sciences Center, Toronto, Ontario, Canada

^c Ethics Centre, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON, Canada Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada



2020



2021



2017



2018 / 2022

Karl Lüönd

Selbst- bestimmt bis zuletzt

Sterbehilfe
in der Schweiz

Vom Tabu zum
Modell für Europa

Mit 36 Porträts

NZZ Libro

2022

12

MEINUNG & DEBATTE

Neue Zürcher Zeitung

Mittwoch, 10. Oktober 2018



Suizidhilfe ist ein persönlicher Entscheid

In der Schweiz erhalten auch Menschen Suizidhilfe, die nicht an einer tödlichen Krankheit leiden. Neue ethische Richtlinien sollen dieser Praxis Rechnung tragen, stossen aber auf harsche Kritik. Diese trifft die Falschen. Von Dorothee Vögeli

tet sie nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch die Medien und warnt vor einem «gefährlichen Paradigmenwechsel», der den Lebenswert von kranken Menschen regiere. Solcher Alarmismus sei föhl am Platz.

Zu bezweifeln ist zunächst die Behauptung, die SAMW presche «im Abhängig» vor. Gemäss einer Umfrage findet eine klare Mehrheit der Ärzteschaft, dass Suizidhilfe erlaubt sein soll, solange kein Arzt dazu verpflichtet ist. Zudem halten sich die Sterbehilfeorganisationen schon lange nicht mehr an das Kriterium der unmittelbaren Todesnähe. In der Ständesordnung der FMH gelten aber immer noch die von der SAMW übernommenen Richtlinien von 2004. Viele Ärzte sind deshalb verunsichert: Stellen sie Chronischkranken ein Rezept für Natriumpentobarbital aus, riskieren sie den Ausschluss aus dem Berufsverband. Nun schafft die Akademie die gebotene Klärung für rund 42 000 FMH-Mitglieder.

Formuliert hat den 25-seitigen Leitfaden, der auch Orientierung im Umgang mit Sterbelasten oder palliativer Sedierung mittels Beruhigungsmitteln bietet, eine hochkarätige 15-köpfige Kommission. Ihr gehören FMH-Mitglieder, Juristen und Ethiker an – unter ihnen Markus Zimmermann, ein von den Sterbehilfeorganisationen angeführter katholischer Moraltheologe. Doch sogar Zimmermann stellt sich ohne Wenn und Aber hinter die Revision. Angesichts der über tausend assistierten Suizide pro Jahr in der Schweiz ist es seines Erachtens höchste Zeit für neue Leitplanken.

Über das Sterben reden

Am 25. Oktober wird sich weisen, ob sich die kleine, aber laute Gegensechaft durchsetzen kann. Dann wird das Parlament der FMH die Ärztkammer entscheiden, ob es mit der Aktualisierung des «Königs» der Ärzteschaft einverstanden ist. Rechtlich hätte ein Nein zur Aufnahme der neuen Leitplanken in die Ständesordnung allerdings kaum Konsequenzen. Die Gerichte sind weder an den Ärztekodex noch an die SAMW-Richtlinien gebunden. Es wäre aber ein schlechtes Signal. Denn es geht tatsächlich um einen Paradigmenwechsel – aber nicht bei der Suizidhilfe, sondern beim Selbstverständnis der Ärzte. Sie sind in der Pflicht, «offen und ohne Wertungen» über das Sterben zu sprechen, und zwar bereits vor der letzten Lebensphase der Patienten.

Als der griechische Arzt Hippokrates (460 bis etwa 370 v. Chr.) tätig war, gab es weder Beatmungsgeräte noch Bypass oder Antibiotika. «Heilen galt dem auch bis zum Aufbruch der Moderne als die oberste ethische Grundprinzip der abendländischen Medizin, der Eid darauf war für angehende Ärzte eine Pflicht. Mit den medizinischen Fortschritten hat das Heilen seine absolute Gültigkeit verloren. Heilung kann, sofern sie vor allem ein künstliches Herausziehen des Todes bedeutet, nicht mehr in jedem Fall die oberste Maxime ärztlichen Handelns sein. Trotzdem gibt es zweifellos immer noch zum ärztlichen Berufsethos, die Methoden «zu Nutz und Frommen der Kranken» auszurichten. Auch im Bewusstsein der Patienten lebt der Inhalt des hippokratischen Eides fort: Sie erwarten von den Ärzten, dass sie alles nur Mögliche zum Wohle der Patienten tun.

Am Wohl des Patienten hätten sich die Ärzte auszurichten, sagt auch die SAMW. Was ein Mensch unter Lebensqualität versteht, an welchem Punkt er sagt, dass er unter diesen Bedingungen nicht weiter-

NZZ
10.10.2018

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Paul Hoff

Suizid – ethische und rechtliche Aspekte

Der Beitrag beleuchtet das Phänomen der Suizidalität mit Blick auf das in der jüngeren Vergangenheit intensiv diskutierte medizinethische Spannungsfeld von Patientenautonomie einerseits und ärztlicher Fürsorgepflicht andererseits. Es braucht hier auch zukünftig eine breite gesellschaftliche Debatte. Fragen zur Suizidalität und zum assistierten Suizid betreffen die Medizin und hier speziell die Psychiatrie in hohem Masse, können aber nicht vollständig an sie delegiert werden.

das ärztliche Handeln bei vermuteter oder bestehender Suizidalität ein unter besonderer Berücksichtigung der Problematik eines ärztlich assistierten Suizides. Anschliessend wird die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und des psychopathologischen Befundes bei der Einschätzung von Suizidalität gesondert hervorgehoben

Prinzip der Nicht-Diskriminierung (1)

⇒ Kann es *überhaupt* Gegenstand ärztlichen Handelns sein, einem sterbewilligen Menschen Beihilfe zum Suizid zu leisten?

Wenn nein: Jede weitere Diskussion im ärztlichen Bereich erübrigt sich.

Wenn ja: Nur *qua Diagnose* darf eine solche Beihilfe nicht verweigert werden. Denn dies käme einer systematischen Diskriminierung gleich.

Prinzip der Nicht-Diskriminierung (2)

⇒ Dies gilt uneingeschränkt **auch** (*oder erst recht?*)
für **psychiatrische Diagnosen**:

Allein ihr Vorliegen

- erlaubt **keinen Rückschluss** auf juristische Sachverhalte (etwa Urteils-, Schuld-, Testierfähigkeit)
- darf die Person **nicht a priori** irgend eines Rechtes berauben (auch nicht des Rechtes, über das eigene Lebensende zu entscheiden).

Prinzip des Rückbezugs auf die betroffene Person (1)

Suizidalität als ...

- ⇒ Kernelement eines (im weiteren Sinne) psychotischen Erlebens
- ⇒ peripheres oder sekundäres Element einer psychopathologischen Symptomatik
- ⇒ von der psychopathologischen Symptomatik (weitgehend) unabhängiges Element

Prinzip des Rückbezugs auf die betroffene Person (2)

⇒ Dies ist **nicht trivial**. Drei Beispiele:

- Ein schizophrener Patient wird von seinen **Stimmen** zum Suizid aufgefordert.
- Ein chronisch depressiver Patient wird **arbeitslos** und will nicht mehr leben.
- Nach vollständiger Remission einer Depression erkrankt eine Person an einem **malignen Tumor** und äussert Suizidgedanken.

Prinzip des Rückbezugs auf die betroffene Person (3)

⇒ Dies ist nicht trivial. Drei Beispiele:

- Ein schizophrener Patient wird von Stimmen zum Suizid aufgefordert.
- Ein chronisch depressiver Patient wird arbeitslos und will nicht mehr leben.
- Nach vollständiger Remission einer Depression erkrankt eine Person an einem malignen Tumor und äussert Suizidgedanken.

**Anspruch auf
Behandlung!**

«Das Recht des
Suizidalen auf
den Widerspruch
des Behandlers»

(Hohendorf & Bruns, 2015)

Prinzip des Rückbezugs auf die betroffene Person (4)

⇒ Es braucht den differenzierten psychopathologischen Befund, das «Handwerkszeug» von Psychiatrie und Psychotherapie.

– Die Kernbotschaft –

Nur so werden neben den Symptomen der Verlauf, der subjektive Werthorizont der betroffenen Person sowie die interpersonale Dimension angemessen einbezogen.



Karl Jaspers
1883–1969

Prinzip des Rückbezugs auf die betroffene Person (5)

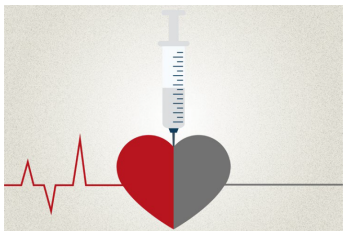
- ⇒ Aus dem Primat der betroffenen Person folgt **keine ärztliche Verpflichtung**, sich aktiv an der Vorbereitung und/oder Durchführung eines assistierten Suizides zu beteiligen.

Prägnanter: Beihilfe zum Suizid ist **kein integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit**.

Eine Debatte in der SÄZ 2024

20
Forum

2024-10523-3422 | Schweizerische Ärztezeitung



Der assistierte Suizid ist in der Schweiz seit Jahrzehnten Realität.

Konsequenzen aus zwei Bundesgerichtsurteilen

Suizidhilfe Gemäss den SAMW-Richtlinien ist die Suizidhilfe bei «gesunden» Personen ethisch nicht vertretbar. Doch wie kann eine Person, die sterben will, überhaupt als gesund gelten? Zwei aktuelle Urteile des Bundesgerichts zur Suizidhilfe werfen diesbezüglich Fragen zu den Konsequenzen innerhalb der FMH auf.

Das Bundesgericht hat am 13. März 2024 das gegen den Genfer Arzt Dr. med. Pierre Beck geführte Strafverfahren mit einem zweiten Freispruch beendet. Es war ihm vorgeworfen worden, einer «gesunden» 86-jährigen Frau unrechtmässig geholfen zu haben, gemeinsam mit ihrem schmerzkranken Ehemann im Rahmen einer Freitodbegleitung aus dem Leben zu scheiden. In einem ersten Freispruch hatte das Bundesgericht festgestellt, dass es keine Verletzung des Heil- und Lebensgesetzes. Der zweite Freispruch stellte das selbe in Bezug auf das Betäubungsmittelgesetz fest. Der Genfer Staatsanwalt warf die Auf-fassung, Pierre Beck sei zu bestrafen, weil er die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) «Übergang» zum Sterben und Töten nicht beachtet habe. Von einem ärztlichen Standpunkt aus ist dazu vorerst einmal festzuhalten, dass keinem der beteiligten Gerichte aufgefallen war, dass die Behauptung, die freitodbegleitete Dame sei

gesund gewesen, nicht zutreffend ist: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hält fest, dass Gesundheit «einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens» verlangt. Wer sterben will, dem fehlt dieser Zustand. Diese Unterscheidung fehlt übrigens auch in den Richtlinien der SAMW und damit in der Standesordnung der FMH. Welche Konsequenzen sind aus den beiden Bundesgerichtsurteilen zu ziehen? Als Arzt habe ich das Gefühl, dass insbesondere der SAMW-Richtlinien entbehre: Diese sind ethisch nicht vertretbar im Sinn der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) «Übergang» zum Sterben und Töten nicht beachtet habe. Von einem ärztlichen Standpunkt aus ist dazu vorerst einmal festzuhalten, dass keinem der beteiligten Gerichte aufgefallen war, dass die Behauptung, die freitodbegleitete Dame sei

des von der betroffenen Person angestrebten vorzeitigen Lebensendes valable und zumutbare andere Optionen gibt. Wird überdies davon ausgegangen, es sei auch eine Aufgabe ärztlichen Wirkens, Leid zu mindern, kann eine solche Minderung darin erblickt werden, dass einer Person ermöglicht wird, sanft aus dem Leben zu scheiden, und somit dazu nicht zu gewalttätigen, fragestacheligen und zudem unsicheren Mitteln greifen zu müssen.

International ist zu beobachten, dass es Bemühungen eines überlangen australischen Arztes gibt, eine Vorrichtung allgemein erhältlich zu machen, mit welcher Suizidwilleige sich in einer technischen Einrichtung einschliessen können, in welcher sie schliesslich anstelle von Atemluft nur noch Stickstoff atmen können und in der Folge an Sauerstoffmangel versterben. Diese Entwicklung bringt wohl mit sich, dass Sterbewillige auf ärztlichen Rat und Begleitung verzichten können. Einem solchen Zustand ist jedoch jener vorzuziehen, in welchem Ärztinnen und Ärzte – insbesondere solche, die schon über viel Lebens- und Berufserfahrung verfügen (und das können vor allem Pensionierte sein, die ohne Praxisdruck im Ruhestand Menschen noch immer helfen) – nur Seite stehen möchten –), solchen Personen dafür zur Verfügung stehen, überstürzte Entscheidungen zu meiden, und in den Augen der Betroffenen gerechtfertigte vorzeitige Abschiede würdig vernehmen zu können.

Der assistierte Suizid wird von SAMW und FMH wie ein Fremdkörper behandelt, dabei ist er seit Jahrzehnten Schweizer Realität und Teil verschiedener Lebensendhilfe-Optionen, zu denen genauso zum Beispiel die palliative Sedierung, der Behandlungsabbruch und die Sterbegleitung gehören. Es ist deshalb zu wünschen, dass sich die FMH bald daran macht, ihre bisherige Haltung – die sie übrigen entgegen der Behauptung, sie sei für ihre Mitglieder «offene, nie verengende, konkret durchzusetzen – im genannten Sinne zu überprüfen und die Ärzteschaft einzuladen, ihre bisherige Zurückhaltung ihrerseits zu überdenken.

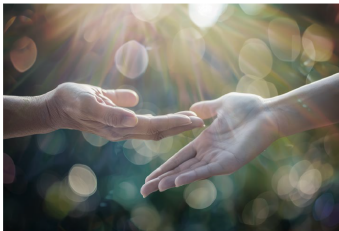
Dr. med. Martin M. Guggenheim, eigene Praxisbegleitung von der Privatsanität, ist seit 2018 als Leiter der Abteilung für Sterbe- und Freitodbegleitung im St. Gallen-Kantonsspital tätig.

Dies ist Ihre Seite!

Sie können um Ihre Texte für die Publikation «Forum» einreichen. Weiterführende Informationen unter info@gdz.ch

22
Forum

2024-10523-3422 | Schweizerische Ärztezeitung



Die SAMW-Richtlinien bieten der Ärzteschaft einen tragfähigen medizinischen Rahmen bei Suizidhilfe.

Suizidhilfe: keine genuin ärztliche Aufgabe

Ärztliches Selbstverständnis «Suizidhilfe» oder «assistierter Suizid» ist ein weltweit an Bedeutung zunehmendes Thema. Es fordert die berufliche Identität der Ärzteschaft heraus, bedarf jedoch neben der fachlichen auch einer differenzierten gesellschaftlichen Debatte.

Aus Sicht der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ist eine fundierte (fach-) öffentliche Debatte zum assistierten Suizid ausdrücklich zu begrüssen, sofern sie sich, wie im Beitrag von Dr. med. Martin Guggenheim (siehe Seite 20), von unangemessenen Vereinfachungen und Polemik fernhält. Dr. Guggenheim spricht fünf Punkte an, die die Arbeit der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW betreffen und zu denen ich kurz Stellung nehmen möchte. 1. Die ZEK beschäftigt sich seit vielen Jahren regelmässig und intensiv mit dem assistierten Suizid. Dabei war in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine bemerkenswerte Entwicklung zu beobachten: In den Richtlinien zur Betreuung von Personen am Lebensende von 2004 liess es «nur wenn das Lebensende nahe ist, könne ein assistierter Suizid ethisch vertretbar sein.

wenden solle. Aus Sicht der SAMW kann sich ein Arzt oder eine Ärztin nach sorgfältiger Prüfung der Situation dazu entschliessen, Suizidhilfe durch die Verschreibung einer tödlichen Substanz zu leisten. Eine Verpfändung, dies zu tun, können wir hingegen ab.

3. Die vorliegenden ethischen Dilemmata werden nicht dadurch aufgelöst, dass, wie es Dr. Guggenheim unter Verweis auf die sehr weite Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation vorschlägt, suizidales Erleben und Verhalten stets als «nicht gesund», also als «krankhaft», verstanden werden, um in der Folge den ärztlichen Beistand beim Suizid nur, so wörtlich, «Aufgabe, ja Pflicht» zu machen. Suizidalität ist ein bei Menschen vorkommender Zustand, ein Bestandteil der *Conditio humana*, der besonders häufig, aber keineswegs ausschliesslich im Kontext psychischer Erkrankungen auftritt.

4. Besonderer Kritik ist in jüngerer Zeit die Position der SAMW ausgesetzt, wonach ärztliche Suizidhilfe bei gesunden Personen im Sinne der Richtlinien nicht vertretbar sei (Sichswort: «Lebensathlet»). Jedoch verstehen sich die Richtlinien dezidiert nicht als ethische und/oder moralische Bewertung des Suizids als solchen. Das wäre auch vermissen, denn SAMW beziehungsweise ZEK sind nicht die entscheidende Instanz, wenn es um allgemeine gesellschaftliche Wertvorstellungen geht. Unsere Richtlinien bieten dem Teil der Ärzteschaft, der grundsätzlich bereit ist, Suizidhilfe zu leisten, einen tragfähigen medizinischen Rahmen. Welchen Umgang es mit gesunden, aber lebensmüden Menschen braucht, ist hingegen eine Frage, die nicht primär vom Berufsstand und schon gar nicht von diesem allein, sondern von der Gesellschaft als Ganzer diskutiert werden muss.

5. Dr. Guggenheim erwidert mit kritischem Unterton die Jungst auch durch die Medien angeregten Diskussionen um eine Verringerung, in die sich Suizidwille einschliessen können, um anschliessend durch das Einatmen von reinem Stickstoff zu Tode zu kommen. Selbstverständlich bedarf dieses Thema einer breiten ethischen Debatte. Es handelt sich jedoch um eine Suizidmethode, die nicht abhängig ist von einer ärztlichen Handlung. Dabei geht es hier nicht um berufsethische Fragen der Gesundheitsfachpersonen, wie sie in den SAMW-Richtlinien adressiert werden, sondern um den gesellschaftlichen gesellschaftlichen Diskurs.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Präsident Zentraler Ethikkommission der SAMW

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**



Und jetzt: **Zeit für das Gespräch.**