

## **Ärztinnen und Ärzte als medizinische Spezialisten für das „gute Gelingen“?<sup>1</sup>**

„Suizidbeihilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben“. So die These von Dr. med. Marion Schafroth, verantwortliche Ärztin für die Durchführung von assistierten Suiziden bei der Sterbehilfeorganisation EXIT, in der Schweizerischen Ärztezeitung 93: 34, 1226f. Sie widerspricht mit dieser These den Richtlinien zur „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), in denen es heisst, dass die Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist. Die entscheidende Frage in dieser Kontroverse ist, was mit dem Ausdruck „ärztliche Aufgaben“ bzw. „ärztliche Tätigkeit“ gemeint ist. Das Naheliegendste ist, darunter umfassend all das zu verstehen, was zum ärztlichen Auftrag gehört und was daher von jeder Ärztin und jedem Arzt erwartet werden kann. In diese Richtung geht auch die Argumentation von Frau Schafroth: „Geburt – Leben – Sterben: In allen Lebensphasen ist es höchstes ärztliches Ziel, den bestmöglichen Beitrag zum ‚guten Gelingen‘ zu leisten.“ Dies schliesst für sie das gute Gelingen der Lebensbeendigung durch assistierten Suizid ein. Gemäss dieser Argumentation gehört also die Beihilfe zum Suizid zum ärztlichen Auftrag und kann dementsprechend von jeder Ärztin und jedem Arzt erwartet werden. In Spannung hierzu steht allerdings Frau Schafroths Feststellung, dass Ärztinnen und Ärzte „auf freiwilliger Basis das Rezept für ein Erlösung bringendes Medikament“ ausstellen sollen. Warum Freiwilligkeit, wenn dies doch zu den „ärztlichen Aufgaben“ gehört und wenn das „ärztliche Ziel“ ist, „in allen Lebensphasen ... den bestmöglichen Beitrag zum ‚guten Gelingen‘ zu leisten“? Indirekt räumt Frau Schafroth damit ein, dass es für Ärztinnen und Ärzte hier offenbar einen Konflikt geben kann und dass die Beihilfe zum Suizid zumindest nicht gleichwertig und in derselben Weise zu den ärztlichen Aufgaben gehört wie z.B. die Therapie einer Krankheit.

Es ist dieser Konflikt, dem die SAMW mit der Formulierung Rechnung zu tragen versuchte, dass die „Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit“ ist, weshalb sie eben nicht von jeder Ärztin und jedem Arzt erwartet werden kann, sondern der individuellen Gewissensentscheidung im Einzelfall überlassen bleiben muss. Ich war seinerzeit Mitglied der Zentralen Ethikkommission der SAMW, als diese Richtlinien verabschiedet wurden, und ich

---

<sup>1</sup> Veröffentlicht in der Schweizer Ärztezeitung im November 2012

habe mich damals sehr für die Beibehaltung dieser Formulierung eingesetzt, die sich bereits in den Vorgänger-Richtlinien zur Betreuung Sterbender und zerebral Schwerstgeschädigter fand. Heute bin ich nicht mehr ganz so sicher, ob diese Formulierung glücklich ist. Dies nicht etwa deshalb, weil sich meine Einstellung zur ärztlichen Suizidbeihilfe geändert hätte. Meine Zweifel beziehen sich vielmehr darauf, ob diese Formulierung das einfängt und ausdrückt, worum es mir und auch anderen ging, die diese Formulierung unterstützt haben. Diese bezieht sich auf die „ärztliche *Tätigkeit*“ bzw. auf das ärztliche *Handeln*. Ging es uns in Wahrheit nicht um etwas anderes, nämlich um die *Grundhaltung* oder *-einstellung*, mit der Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf ausüben und die wir in Gefahr sahen, falls die Suizidbeihilfe zu einem ebenso selbstverständlichen und fraglosen Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit würde wie die Therapie von Krankheiten oder die palliative Begleitung Sterbender?

Ich will den Punkt, auf den es mir bei der Unterscheidung zwischen ‚Handlung‘ und ‚Einstellung‘ ankommt, an einem Beispiel verdeutlichen, das von dem australischen Philosophen Christopher Cordner stammt. Dieser setzt sich in einem Aufsatz kritisch mit dem ethischen Denken seines Landsmanns, des Philosophen Peter Singer auseinander. Ein zentraler Punkt seiner Kritik bezieht sich darauf, dass Singer die Ethik auf die moralische Beurteilung von *Handlungen* als richtig oder falsch, geboten oder verboten reduziert und dabei die *Haltungen* und *Einstellungen*, mit denen Menschen handeln, völlig ausblendet. Damit aber ignoriert er eine Dimension der Moral, der für das menschliche Zusammenleben fundamentale Bedeutung zukommt. Cordner illustriert dies am Beispiel einer Frau, deren schwerkranker Mann sie bittet, ihr ein tödliches Mittel zu besorgen, damit er seinem Leben ein Ende machen kann. Die Frau wird dadurch in einen tiefen Konflikt gestürzt. Sie besorgt das Mittel aus einer inneren Gewissheit heraus, dass sie dies für ihren Mann angesichts seiner verzweifelten Situation und seiner inständigen Bitte tun muss. Und gleichzeitig hat sie das Gefühl, etwas Schreckliches zu tun, das ihr in ihrer Liebe zu ihrem Mann das Äusserste abverlangt – obgleich sie weiss, dass sie es tun muss. Cordner fragt: Ist nicht diese innere Hemmung, dieser Konflikt ganz ebenso Manifestation der Liebe dieser Frau zu ihrem Mann, wie es die Tatsache ist, dass sie seinem Verlangen folgt und ihm das Mittel besorgt? Wäre es nicht zutiefst irritierend, wenn die Frau hier keinen Konflikt empfinden und sich stattdessen nüchtern kalkulierend sagen würde: Es ist der inständige Wunsch meines Mannes; er ist urteilsfähig, sein Wunsch wohlwogen und angesichts seiner verzweifelten Situation nachvollziehbar; für ihn ist es das Beste, wenn ich seinem Wunsch nachkomme und er aus dem Leben scheiden kann. Von einem utilitaristischen Standpunkt aus betrachtet ist diese

Überlegung zweifellos richtig. Doch würde eine solche, von keinem inneren Konflikt belastete Erwägung auf Seiten der Frau nicht Fragen aufwerfen bezüglich der Beziehung oder Einstellung, die sie zu ihrem Mann hat?

Die von Cordner kritisierte Reduktion von Moral und Ethik auf das Handeln und die damit einhergehende Blindheit bezüglich der Bedeutung, die Haltungen und Einstellungen für das menschliche Zusammenleben zukommt, ist charakteristisch für weite Teile des heutigen ethischen Denkens. Dabei ist es ein Leichtes, sich anhand geeigneter Beispiele zu vergegenwärtigen, dass es entscheidend die Haltungen oder Einstellungen sind, mit denen wir einander begegnen, die die Atmosphäre unseres zwischenmenschlichen Umgangs prägen. Ein und dieselbe Handlung kann freundlich oder unfreundlich, liebevoll oder lieblos, fürsorglich oder gleichgültig vollzogen werden, und das hat atmosphärische Auswirkungen auf die Person, der gegenüber sie vollzogen wird.

Das gilt auch für die Haltung bzw. Einstellung, mit der Ärztinnen und Ärzte, Pflegende oder Betreuende ihren Patientinnen und Patienten begegnen. Das folgende Beispiel mag dies illustrieren. Die leitende Psychiaterin einer Einrichtung, die schwer psychotische Menschen betreut, erzählte mir von einem langjährig depressiven Patienten, der mit EXIT Kontakt aufgenommen hatte, um sein Leben durch assistierten Suizid zu beenden. Alles war geregelt, die psychiatrischen Gutachten waren erstellt, die Angehörigen einbezogen, der Patient hatte sich in der Klinik verabschiedet. Und dann kam er zurück. Er hatte diesen letzten Schritt nicht über sich gebracht. Es war ein bewegender Empfang, mit dem er wieder in der Einrichtung begrüßt wurde, bei dem Mitarbeitende Tränen der Erleichterung und Freude in den Augen hatten. Das Eindrückliche an dieser Schilderung ist für mich eben diese Reaktion, weil sich in ihr eine Einstellung der Betreuenden und Pflegenden zeigt, die darauf gerichtet ist, den ihnen anvertrauten psychisch kranken Menschen Hilfestellung zum Leben zu geben und sie nach Möglichkeit im Leben zu halten – was die Kehrseite hat, dass die Entscheidung eines Patienten zum assistierten Suizid Betroffenheit auslöst oder doch zumindest nicht gleichgültig lässt, so sehr diese Entscheidung auch zu respektieren ist. Diese Einstellung schafft eine Atmosphäre, wie sie gerade für die Betreuung psychisch kranker Menschen von kaum zu überschätzender Bedeutung ist. Man stelle sich zum Kontrast eine Einrichtung derselben Art vor, in der es diese Einstellung nicht gibt und stattdessen eine Haltung von der Art herrscht: Der Patient ist urteilsfähig; seine Entscheidung ist wohlwogen und autonom und angesichts des langandauernden Leidenszustands des Patienten verständlich, nachvollziehbar und zu

respektieren. Also geht dieser Suizid in Ordnung, und niemand muss sich darüber das Herz beschweren. Könnten wir uns wünschen, dass dies die Einstellung in unseren Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen für psychisch Kranke ist?

Auch Frau Schafroths Argumentation, wonach es „höchstes ärztliches Ziel ist, den bestmöglichen Beitrag zum ‚guten Gelingen‘ zu leisten“, sei es bei der Erhaltung von Leben oder bei dessen Beendigung durch assistierten Suizid, legt den Fokus einseitig auf das ärztliche Handeln und klammert dabei die Grundhaltung des ärztlichen Berufs völlig aus. Gewiss, es ist die Rede von „fürsorglicher Begleitung“ für alle bei einem Suizid Involvierten, um traumatische Folgen für Dritte nach Möglichkeit zu vermeiden. Doch die entscheidende Frage ist, ob gemessen an der Grundhaltung des ärztlichen Berufs Lebenserhaltung und gezielte Lebensbeendigung durch assistierten Suizid gleichrangige Optionen sind. Der eine erwartet dann vom Arzt, dass er ihm in seinem Leiden hilft, indem er ihm eine Therapie verordnet, der andere, urteilsfähig und autonom, dass der Arzt ihn durch die Verschreibung oder Verabreichung eines tödlichen Mittels für immer von allen seinen Leiden erlöst. Und der Arzt, fürsorglich und empathisch, kommt beider Verlangen gleichermaßen nach, ohne im zweiten Fall auch nur den leisesten Konflikt zu empfinden. Denn die Lebensbeendigung durch Beihilfe zum Suizid ist ja „Teil der ärztlichen Aufgaben“. Ich kann nicht wirklich glauben, dass Frau Schafroth es tatsächlich so meint. Jedenfalls war ich bisher der Meinung, dass auch die Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen von EXIT tätig werden, sich von ihrer ärztlichen Grundhaltung her der Suizidvermeidung und Suizidprävention verpflichtet wissen und dass daher jeder „Fall“, bei dem ein Mensch für sich selbst nur noch den Suizid als Ausweg zu sehen vermag und nicht mehr zustimmen ist und bei dem sie Beihilfe leisten, auch für sie mit einem Gefühl gerade des *Nicht-Gelungenseins* bzw. des Bedauerns verbunden ist und jedenfalls nicht einfach „in Ordnung“ geht. Ich stelle mir vor, dass im Fall jenes schwer depressiven Patienten auch die damals zuständigen Personen bei EXIT *erleichtert* waren, als dieser es nicht über sich brachte, den letzten Schritt zu tun und das tödliche Mittel einzunehmen – und nicht etwa enttäuscht, nachdem doch alles abgesprochen und organisiert war für einen gelungenen Suizid. Aber ich mag mich täuschen, und es mag tatsächlich so sein, dass für die Ärztinnen und Ärzte bei EXIT die Lebensbeendigung durch Beihilfe zum Suizid in ganz derselben gleichrangigen und fraglosen Weise zu den „ärztlichen Aufgaben“ gehört wie die Lebenserhaltung durch Therapie oder Prävention. Dann wäre es nur konsequent zu fordern, dass die Suizidbeihilfe als eine eigene, gleichrangige Sparte der Medizin etabliert wird von derselben Art, wie sie die Intensivmedizin oder die Chirurgie darstellt. Nach meiner

Sicht würde dies das Verständnis der Medizin und des ärztlichen Berufs in katastrophaler Weise verändern.

Wie gesagt, habe ich inzwischen Zweifel bekommen, ob die Formulierung der SAMW-Richtlinien, dass die Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist, wirklich geglückt ist, weil sie den Fokus auf das ärztliche Handeln legt und nicht auf die Grundhaltung des ärztlichen Berufs, die dem Leben verpflichtet ist. Dadurch provoziert sie geradezu solche Reaktionen wie den Beitrag von Frau Schafroth. Diese Grundhaltung lässt sich niemals vollständig in Handlungsregeln einfangen und ausbuchstabieren, wie man dies mit jener Formulierung versucht hat, und zwar weil es zu ihrem Wesen gehört, dass sie immer am Einzelfall des konkreten Patienten orientiert ist, der aus dem Rahmen geltender Regeln herausfallen kann – so richtig und wichtig es andererseits ist, für komplexe Entscheidungssituationen derartige Regeln als eine Orientierungshilfe zu formulieren, wie dies die SAMW mit ihren Richtlinien tut. Für mein Verständnis ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid ein Grenzfall der ärztlichen Fürsorge, bei dem es darum geht, Menschen, die zum Suizid entschlossen sind, nicht einfach sich selbst zu überlassen mit der Folge, dass sie sich auf eine schreckliche Weise ihr Leben nehmen. Weil es sich um einen Grenzfall handelt, kann und darf dies nicht zu einer allgemeinen ärztlichen Pflicht gemacht werden, wie dies durch Frau Schafroths Formulierung nahe gelegt wird, dass die Beihilfe zum Suizid Teil der ärztlichen Aufgaben ist. Insofern behalten die Richtlinien der SAMW ihre Gültigkeit, wenn sie feststellen, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid der individuellen Gewissensentscheidung des Arztes anheimgestellt bleiben muss.

Schliesslich: Wie verhält es sich mit dem vielberufenen Argument der Autonomie des Patienten, das häufig zugunsten der ärztlichen Suizidbeihilfe in Stellung gebracht wird? Man vergisst hier gerne, dass der gebotene Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten für den Arzt nur eine negative Pflicht beinhaltet, nämlich nichts zu tun, was der Selbstbestimmung des Patienten zuwiderläuft. Keinesfalls darf dies mit einer positiven Pflicht verwechselt werden, nämlich alles zu tun, was ein Patient wünscht bzw. wozu er sich selbst bestimmt. Andernfalls verkommt der Arztberuf zu einem reinen Dienstleistungsberuf: Der Arzt tut, was der Kunde verlangt, ohne eine eigene ethische Einstellung zu dem zu haben, was von ihm verlangt wird, die ihn damit in Konflikt bringen könnte. Eben hierin liegt das zutiefst Missverständliche der Formulierung, dass es das „ärztliche Ziel“ ist, „den bestmöglichen Beitrag zum ‚guten Gelingen‘“ zu leisten, weil dies exakt so auf dem Werbeplakat einer

Dienstleistungsorganisation für ärztlich assistierten Suizid stehen könnte. Wenn aber der autonome Wunsch des Patienten kein hinreichender und verbindlicher Grund für den Arzt ist, Beihilfe zum Suizid zu leisten: Worin liegt dann der Grund, dies zu tun? Er könnte ja nur in etwas liegen, was mit der Grundhaltung des ärztlichen Berufs zu tun hat. In diesem Sinne ist es gemeint, wenn oben die ärztliche Suizidbeihilfe als ein Grenzfall der ärztlichen Fürsorge bezeichnet wurde.

Könnte es innerhalb der Schweizer Ärzteschaft nicht einen breiten Konsens geben über diese dem Leben verpflichtete Grundhaltung des ärztlichen Berufs, die sich freilich Grenzsituationen nicht verschliesst, in die Menschen geraten können? Es würde sich dann der Streit darüber erübrigen, ob die Beihilfe zum Suizid nun Teil der ärztlichen Tätigkeit ist oder nicht. Beruht nicht das enorme Vertrauenskapital, das der ärztliche Berufsstand wie kaum ein anderer genießt, neben seiner fachlichen Kompetenz entscheidend darauf, dass man ihn mit dieser Grundhaltung identifiziert? Dieses Vertrauenskapital könnte schnell verspielt sein, wenn Ärztinnen und Ärzte sich nurmehr als medizinische Spezialisten für das „gute Gelingen“, sei es der Erhaltung oder der Beendigung von Leben, verstehen würden.