

Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin,

Frühjahrsretraite 31.5.2018, Hotel Zürichberg, Zürich

Einführung in das Thema, Kathrin Glatz

«Aber im Prinzip hätte ich ja nichts am Sterben auszusetzen, würde ihm nicht der Tod folgen»,
Thomas Nagel, Philo 2001, Letzte Fragen.

Zitate:

Philosophieren heisst sterben lernen (*Platon, Sokrates*). Vs. Todesverachtung, weil der Tod unwesentlich ist und uns nichts angeht (*Epikur*). Ist der Tod ein Übel oder ein Gut? Der Tod ist nicht erfahrbar gleich wie die Zeit vor der Geburt und kann uns deshalb egal sein (Symmetrieargument). Im 'man stirbt' ist der Tod unbedrohlich (*M. Heidegger*). Wir müssen alle sterben. Wir wissen es. Aber wir glauben nicht daran (*S. Freud*). Es ist absurd, dass wir geboren wurden und es ist absurd, dass wir sterben (*J.P. Sartre*). Sobald eine Person nicht mehr über Wünsche verfügt, hört der Tod auf, ein Übel zu sein (*B. Williams*).

Einführende Gedanken zum Thema «Umgang mit Sterben und Tod»:

In einer Analyse von 10'000 Sterbefälle aus Mecklenburg wurden die Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung gezählt. Offenbar nimmt man es nach dem Tode nicht mehr so genau, denn bloss 2,23% aller Todesbescheinigungen waren fehlerfrei. Insgesamt wurden 38'852 Fehler festgestellt, 3116 davon waren schwerwiegend...!

Wer das Antidiabetikum Metformin zu sich nimmt, lebt länger...(?): «World's first anti-ageing drug could see humans live to 120», *The Telegraph, Science, 2015*. Moderne Form der Todesverachtung: den Tod dank medizinischer Möglichkeiten abschaffen.

«Ich bereue es zutiefst, dass ich so alt geworden bin», David Goodall, 104 Jahre, 2018. Der 104-jährige australische Wissenschaftler beklagte sich, dass er in seinem Heimatland am Sterben gehindert worden sei und so alt habe werden müssen. Er reiste in die Schweiz, weil hier assistierter Freitod bei nicht an einer tödlichen Krankheit leidenden alten Menschen, für die ihr Leben unerträglich geworden ist, unter strengen Auflagen gestattet ist. Er begab sich in die Hände der Stiftung „Eternal Spirit“, einer Stiftung, die sich für den assistierten Freitod einsetzt. Nach entsprechenden Abklärungen hat David Goodall in Anwesenheit mehrerer Enkelkinder eine tödliche Infusion erhalten und ist kurze Zeit später verstorben.

Was wir alle uns wünschten ist der gute Tod (Euthanátos). Aber wie sieht dieser in der modernen Welt mit all ihren medizinischen Möglichkeiten aus?

Inputreferate: Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin

Ausgangspunkt der beiden Inputreferate von Frank Achermann und Martin Brassler mit dem (gleichen!) Titel «*Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin*» sind die aus dem Jahr 2004 stammenden und aktuell von der SAMW revidierten Richtlinien «*Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*». Das nun überarbeitete und unter dem Titel «*Umgang mit Sterben und Tod*» zur öffentlichen Vernehmlassung ausgeschriebene Dokument enthält verschiedene Fragen, die im Rahmen unserer diesjährigen Retraite aus philosophischer Sicht zu diskutieren sind. Nebst grundsätzlich zustimmenden haben sich auch verschiedene kritische Stimmen dazu geäußert, zu letzterer gehört auch die FMH als Vertreterin der Ärzteschaft. Für sie gehen die neuen Richtlinien zu weit, da neu «*unerträgliches Leiden*» Voraussetzung sein kann, dass ein Arzt ein Sterbemittel verschreiben kann. Die FMH moniert, dass das eine zu starke Öffnung sei: Die SAMW rücke von ihrem ursprünglichen Ziel ab, ausschliesslich sterbenskranken Menschen zu helfen. Die beiden (von Beat Gerber) zusammengefassten *Inputreferate* sollen die zur Diskussion stehende Thematik aus einer liberalen (Frank Achermann) und konservativen (Martin Brassler) Perspektive betrachten.

Inputreferat 1, Frank Achermann «*Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin*»

Als Diabetologe und Konsiliararzt von *Exit* spricht Frank Achermann in seinem Referat über das Bild des heutigen Arztes und das der heutigen Medizin, über Sterbebegleitung und Spiritualität. Ziel des Referates: Ein nicht in die Individualität des einzelnen Menschen eingreifendes Verhalten besser zu verstehen und zu akzeptieren. «Es ist schöner, bei Bewusstsein die Angehörigen nochmals in die Arme zu nehmen, jedem etwas zu flüstern und die Bindung zu spüren, als benebelt mit Schmerzmitteln und Beruhigungstabletten dämmernd dahinzusiechen und sog. beruhigt aber abwesend zu sterben. Dies als Praxis der Palliative Care. Anders gesagt: die Medikalisierung des Sterbens.»

Die Aufteilung des Textes in Abschnitte (A, B etc.) und Unterabschnitte (1),2) etc.) stammen vom Protokollierenden. Sie kann bei einer allfälligen Diskussion dieses Beitrages dienlich sein (Beat Gerber).

A: Kritik und Vorbehalte gegenüber neuen SAMW Richtlinien.

- 1) Sprache: Suizid als pejorativer Ausdruck gegenüber der Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes (Hinweis auf die dahinterliegende Gedankenwelt).
- 2) Kapitel 6 in den Richtlinien der SAMW (Handlungen, die – möglicherweise oder sicher – den Eintritt des Todes beschleunigen) ist knapp und negativ formuliert, im Vergleich zum positiv formulierten Kapitel über Palliative Care (Begründung: bei letzterem wird die (christliche) Vorstellung von Pflege und Sorge angeblich verwirklicht).
- 3) Als Ausgangspunkt der Überlegungen zur Festlegung der Richtlinien der SAMW fehlen die grundsätzlichen Gedanken. «Die SAMW impliziert ein Menschenbild, das die Frage der Selbstbestimmung einschränkt, zumindest aber nicht auf die gleiche Ebene stellt wie das natürliche sich 'dem Sterben übergeben'».

B: Wem gehört das Leben? Gibt es eine Pflicht zu Leben? Gibt es einen allgemein gültigen Wahrheitsanspruch?

- 1) Gegenüberstellung des *christlichen Menschenbilds* (absoluter Wahrheitsanspruch, Eigennutz der Kirche, Ausbeutung des Anderen, Brutalität, Exklusion von Mitgliedern der Gesellschaft etc.) mit dem von *Kant* (Der Mensch ist eine vernunftfähige Person mit freiem Willen, autonom, selbstbestimmt und eigenverantwortlich handelnd).
- 2) Fragen: «Gibt es ein Selbstverständnis des Menschen ohne metaphysische, transzendente Voraussetzungen? Gibt es eine die Norm setzende, die Wahrheit behauptende und die Wirklichkeit bestimmende Wissenschaft als Grundlage für die Leitlinie?»
- 3) Welche Ethik wollen wir? Eine expertokratische, autoritative Pflichten- und Prinzipienethik oder eine kontextsensitive, lebensweltliche Ethik?
- 4) Es gibt keine a priori gültigen Vorschriften: Der Arzt soll reale Verantwortung tragen und nicht ablehnend und blind sein auf Grund von Prinzipien. Nur der Patient ist der Entscheidungsträger eines Therapie- und Handlungsentscheides. Dieser ist kontingent und der Betroffene braucht keine Begründung einem Dritten gegenüber.
- 5) Credo: Das Leben gehört mir und ich entscheide über den Zeitpunkt der Beendigung meines eigenen Lebens. Und ich tue das mit meiner eigenen Begründung! Oder soll eine offene, formbare und adaptive Weise im Umgang mit der Welt und sich selbst verboten sein?

C: Das Hauptproblem ist die Sichtweise, diese zu wechseln ist fast unmöglich.

- 1) Tief verankerte Vorstellungen von Bewusstsein, Seele und (Glaubens-) Inhalten verhindern einen möglichen Seitenwechsel und führen zu Unverständnis und Missverständnis des Gegenübers.
- 2) Letztbegründungen können nur durch dogmatischen Abbruch der Auseinandersetzungen erreicht werden. In Diskussionen kommt es häufig zu naturalistischen Fehlschlüssen: Aus deskriptiven Voraussetzungen können keine normativen Ansprüche hergeleitet werden.
- 3) Autonomie: Selbstbestimmte Lebensgestaltung im Rahmen einer säkularen Gesellschaft lässt ein je eigenes Lebensmodell zu. Dazu gehört Sterben – dazu gehört auch die Wahl des Todeszeitpunktes.
- 4) Lebenssouveränität = Lebenserfüllung: Selbstbestimmung, wenn es um Abklärung und Behandlung von Krankheiten geht, aber auch dann, wenn es um sinnloses Leben, um Freudlosigkeit und Einschränkungen im Alter geht. Selbstbestimmung, wenn es um den Einbau von Implantaten, Schrittmacher und Enhancement geht. Und vor allem auch dann, wenn es bei absehbarem Ende um die Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes geht.
- 5) Das Ziel ist: Die Wunscherfüllung des Ich und zum Ich als Norm. Ein sinnbezogenes Tun ohne Dogma und Religion!
- 6) Führt dies zu zusätzlicher Aufgabe traditioneller Gesellschaftsformen mit ihrer Bindungs- und Wertestruktur als Folge...? Hat all das nicht auch gesellschaftliche und politische Implikationen (Macht statt Recht, Globalisierung als Verlust der Gerechtigkeit für die Meisten etc.)?
- 7) Frage: Ist es nicht besser, die Werte zur Verifikation der eigenen Person selbst zu setzen als dies den Mächtigen zu überlassen?

D: Das Selbstverständnis des Arztes

- 1) Warum wurde der Arzt zum staatlich legitimierten Entscheider? Im späten 18. Jahrhundert kam die Idee der Volksgesundheit auf. Sie war eine Vorgabe der Herrschenden, der Besitzenden. Das Ziel war eine möglichst gesunde und starke Bevölkerung, resp. kräftige

Industriearbeiter. Dazu musste den Ärzten Kompetenzen erteilt werden. Mit dem Gedanken der Solidarität und Identität (möglich dank einer einheitlichen Bevölkerung) entstanden auch die Krankenkassen. Aufgrund des Einflusses der Kirche und entsprechend sozialisierter Politiker kam es im 19. Jhdt. zum gesetzlichen Verbot der Abtreibung, Verbot der Pockenimpfung, Verbot der Schmerzmittel bei der Geburt und im 20. Jhdt. zum Verbot resp. zum Kampf gegen die Antibabypille, zur Diskussion über pränatale Diagnostik und aktuell über Designbabys.

- 2) Volksgesundheit ist heute nicht mehr das Ziel der Gesellschaft. Krankheit ist vielmehr ein wirtschaftliches Gut geworden, mit dem ein hoher Gewinn erzielt wird. Der Gehilfe dazu ist der Arzt, der beispielsweise unter ökonomisch orientierten Direktoren/Leitern einfach zum Ausführenden wird. Krankheit spielt im Marktgeschehen keine grosse Rolle, denn Zielvorgabe ist der Umsatz. Palliative Care bietet aufwändige Pflege beim Sterben und organspendende Tote im Spital sind finanziell interessant, da den, an sich schon teuren Organtransplantationen, folgenden Jahre erst noch hohe Umsätze durch kostspielige, medikamentöse Behandlungen winken. Am Gesundheitsmarkt sind sehr viele Industrien beteiligt und Parallelindustrien wie Fitness- und Wellnessinstitutionen florieren.
- 3) Die exponentiell ansteigende Datenmenge (Quantified Self) wird zu Kontrollzwecken missbraucht (Prämienverbilligung), vermarktet und führt zu einer zunehmenden Technisierung des Menschenbildes.
- 4) Das Selbstverständnis der Ärzte (betont bei den Zugewanderten) entspricht heute mehr der Gewinnmaximierung und die Krankenkassen sind statt Interessensvertreter ihrer Versicherer gewinnorientierte Unternehmen geworden. Der Arzt ist marginalisiert zum Dienstleister. Will er wissenschaftlich anerkannt sein, muss er sich an die meist von der Industrie geschaffenen Guidelines halten.
- 5) Arzt sein ist kein Standesberuf mehr, der eine (traditionelle) Ethik beinhaltet. Werbung mit den fachspezifischen, bezahlten *Opinion Leaders* an Symposien ist bloss Ausdruck der kommerziellen Interessen der Industrie und keine objektive Weiterbildung. Der einzelne Arzt wird zum Wiederverkäufer.
- 6) Solidarität bedeutet heute, dass die jeweilige eigene Lebensweise in der wertheterogenen und ethnisch gemischten Gesellschaft akzeptiert wird. Dies mit der Bedingung, dass andere nicht zu Schaden kommen (Umwertung).
- 7) Der einzelne Mensch als Patient ist ein Objekt der Vermarktung geworden.

4

E: Hat die Medizin den 'Menschen' aus den Augen verloren?

- 1) Spielt heute der kommerzielle Nutzen einer medizinischen Behandlung eines Kranken eine wichtigere Rolle als der Patientennutzen? Der Arzt ist in Bezug auf sein Handeln (moralisch/ juristisch?) verpflichtet, sich an die Richtlinien des Hippokratischen Eids (...) und an die Genfer Deklaration des Weltärztebundes zu halten. Die Gesundheitsindustrie hat dagegen keine entsprechenden Richtlinien, weder für die Beteiligten noch für die Betroffenen.
- 2) Das Ziel ist die kommerzielle Ausbeutung: Gefördert durch die Wünsche der Menschen nach immer mehr eigener Verbesserung, teilweise kontrolliert und begrenzt durch die KK.
- 3) Die Individualmedizin macht den Schritt in die grenzenlose Verfügbarkeit des Menschen zur Optimierung des Lebensgenusses, der Lebenszeit (Rektangulisierung der Lebenskurve) und geht so in Vorbereitung zum Cyborg (einem Mischwesen aus lebendigem Organismus und

Maschine) und Transhumanismus (Erweiterung der Grenzen menschlicher Möglichkeiten, sei es intellektuell, physisch oder psychisch, durch den Einsatz technologischer Verfahren).

- 4) Der Mensch ist zum Objekt des Marktes «Gesundheitswesen» und zur Ware verkommen. Beispiel Transplantationsmedizin: Sehr rentables Geschäft mit den Organen des Toten und der Krankheit des Anderen.
- 5) Das Spital hat einen Leistungskatalog. Darin werden jene Massnahmen verzeichnet, die einen möglichen Gewinn für das Spital (bei dem möglichen Nutzen des betroffenen Menschen) aufzeigen. «Im Jahresbericht des KSL habe ich keine grundlegende Stellungnahme der Ethikkommission gelesen als Leitlinie der Betreuung und Hilfe der dort eingetretenen Menschen zu Eingrenzung kommerzieller Interessen des Spitals».
- 6) Der Mediziner entscheidet über krank/gesund, darin ist keine Ethik (Vergleiche Pathologie: Befund/Beschrieb). Es gibt fast nur noch Mediziner.
- 7) Der Arzt übermittelt Befunde in seiner Art und auf Grund seines Verständnisses des Menschen (meist im christlichen Glauben sozialisiert und tätig). Die Betroffenen, Patienten und Angehörige, werden angehört oder (teilweise oder ganz) abgelehnt. (Vergl. SAMW).

F: Menschenbild

- 1) Das Rückgrat des traditionellen Menschenbildes ergibt sich aus der Theologie (Augustinus im 4. Jhd. / Thomas von Aquin im 13. Jhd.) und mischt sich mit den Gedanken der Aufklärung (teilweise fundiert bei Aristoteles/Platon und späteren Philosophen). Es ist hegemonial in der westlichen Welt entstanden.
- 2) Die sog. Menschenrechte sind an sich ein Abklatsch dieser Gedankenwelt.
- 3) Ein Menschenbild reflektiert immer den jeweiligen Zugang zur Welt. Dies gilt ebenso für seine Begriffe und seine Gestaltung.
- 4) Ein naturalistisches Menschenbild ist von Nöten (B. Beck, ein neues Menschenbild). Ein solches Menschenbild kann für eine offene Diskussion hilfreich sein.
- 5) Transzendente, mystische oder sonst wie geformte Vorstellungen gehören in die private Welt und können nicht in der Behandlung von Mitmenschen als Massstab dienen.
- 6) B. Beck, ein neues Menschenbild:
 - Der Mensch ist wie alle anderen Lebewesen ein Produkt der natürlichen Evolution und verfügt 'von Natur aus' weder über einen metaphysischen, essentiellen Wesenskern, noch über eine daraus oder aus einer göttlichen Fügung resultierende spezifische Würde oder inhärenten Wert.
 - Der Mensch ist ein rein innerweltliches Wesen, das nach seinem Tod nicht weiter existiert.
 - Der Mensch ist nicht (substanz-)dualistisch in einen körperlichen und einen geistigen Anteil gespalten.

5

Inputreferat 2, Martin Brassler «Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin»

Martin Brassler stellt einleitend fest, dass er mit Frank Achermann

- gleicher Meinung ist, was die Entscheidung am Ende des Lebens betrifft: Diese können nicht deduktiv vorab entschieden werden, sondern sind immer situativ zu treffen. Gemäss

Aristoteles (situative Ethik) kann es so oder so sein. Beide können richtig sein. Also weg vom Normativen.

- nicht gleicher Meinung ist er, was die *Interpretation* des Begriffs der situativen Ethik betrifft: Situative Ethik ist nicht identisch mit der individuellen Anwendung von Normen auf den Einzelfall. Es gilt die Norm der Autonomie für Entscheidungen am Lebensende oder anders gesagt, der Arzt muss feststellen, wie autonom der Entscheid (des Betroffenen) zum assistierten Suizid tatsächlich ist. Und erst jetzt darf der nächste Schritt gegangen werden.

Doch was genau ist Autonomie, wie funktioniert sie und wann ist Autonomie erfüllt?

Autonomie besteht aus zwei Elementen:

- AUTARKIE: Ich bin unabhängig von der Meinung anderer, ich bin frei von..., ich bin autark.
- AUTOTELIE: Ich bin in der Lage, mich selber zu bestimmen, ich bin frei zu..., ich bin autotel. Ich stehe zu Beginn einer Ursachenkette, setze meine Ziele selber und kann beispielsweise selbst den Hahn drehen und mir das *Phenobarbital* zuführen.

These 1: Autonomie ist Autarkie plus Autotelie. Autonomie umfasst beide Komponenten und ist eine Einheit. Je stärker ich bin, umso stärker bin ich beide (Autarkie und Autotelie). Je freier ich bin, umso unabhängiger und selbstbestimmter bin ich. «Jemand der Exit braucht, ist nie autonom. Häufig ist weder die Autarkie noch die Autotelie gegeben und der Sterbende bleibt ambivalent».

These 2: Autonomie ist nicht Autotelie.

- Fall 1: Autarkie ja (Handlungsspielraum) plus Autotelie ja (Wille) sind gegeben → autonomer Entscheid → o.k.
- Fall 2: Autarkie nein (ist nicht in der Lage, hat Handlungsspielraum nicht), Autotelie ja → Autonomie ist nicht gegeben → nicht o.k.
- Fall 3 Autarkie ja, Autotelie nein (ist nicht frei im Sinne von autotelisch) → Autonomie ist nicht gegeben → nicht o.k.

These 3: Jeder von uns hat einen spezifischen Mix, wie sich seine Autonomie aus Autarkie und Autotelie zusammensetzt, wie diese miteinander verwoben sind. Das braucht Aufklärung. Position von Aristoteles: wir brauchen eine bestimmte Norm, die wir in einem spezifischen Fall umsetzen. Wirklich frei sind im antiken Griechenland nur die freien Bürger (Polis), die Sklaven dagegen sind unfrei, weil sie nicht autark sind (keine ökonomische Sicherheit). Selbstbestimmung gemessen am Kollektiv → innere Haltung. «Politiker können heute kaum noch frei sein. Der wirklich Freie engagiert sich für das Allgemeinwohl und nicht für Interessensvertreter. Wenn wir tun, was in der Gesellschaft erwartet wird, leben wir auch unseren Wesenskern».

Es kann sein, dass

- einer weiss, was er will (Sterben), aber nicht die Autotelie hat, es zu tun. Er hat zwar den Willen dazu, braucht aber ein Rezept für *Phenobarbital*. Es stellt sich hier die Frage, ob wir diesen Freiraum erhöhen und ihm helfen (wollen, sollen?).

- einer nicht so genau weiss, ob er sich umbringen und wirklich sterben will, lebt aber in einem Land, in dem es grundsätzlich möglich (legal) ist, dies zu tun.
- einer reich ist und viele Optionen hat, aber nicht weiss, welche er verfolgen soll. In diesem Fall hat er keine Autarkie. Ihm helfen, frei zu werden, bedeutet, ihm zu helfen, seinen wahren Willen zu finden.

Diskussion der Inputreferate im Plenum (Äusserungen und Argumente in chronologischer Folge, jeweils durch * abgegrenzt)

- Mitglied von Exit zu sein, hilft aus der Maschinerie Medizin auszusteigen.
- Zuerst wird übereifrig alles gegen den Tod unternommen, dann bricht man plötzlich alles ab: Aus welchen Gründen und wann kommt es zum Umschlagpunkt?

Thema «Autonomie»: * Es stellt sich die Frage, ob es von beiden A wirklich 100% braucht. Ist Autonomie wirklich nur dann vorhanden, wenn beide A erfüllt sind? Ist es nicht vielmehr so, dass jeder das Recht hat, sein eigenes Leben zu interpretieren und auch mit einem etwas bescheideneren Anspruch auf Autonomie sich zufrieden zu geben? Wer hat heute schon volle Autonomie...? * Sicher ist dieses Modell (A+A) als Heuristik hilfreich. * Willensbildung ist wichtig für gute Entscheidungen. * Wie steht es mit der Würde? Müssen wir uns nicht mehr an ihr orientieren, statt an der Autonomie, denn sie ist wichtiger, als der Todeszeitpunkt? * Zudem müssten beim Autonomiebegriff vermehrt die sozialen und familiären Aspekte mit einbezogen werden, denn auch die sind in diesem Kontext sehr wichtig (cave: Konflikt mit den Vorstellungen und Wünschen der Angehörigen). * Man kann nie etwas ganz alleine entscheiden, denn man ist immer eingebunden in die Familie und die Mitwelt. Die Angehörigen haben ihre Meinung, sie wollen mitreden und sind vom assistierten Suizid mitbetroffen. Das Leben als ein perfektes Projekt geht nicht, da noch andere da sind. * Andererseits kann die Tochter heiraten, wen sie will – wieso kann nicht die Mutter sterben, wann sie will? * Autonomie als Wahn zur Selbstmächtigkeit?

Fazit zum Thema «Autonomie»: (1) Es herrscht eine grundsätzliche Skepsis gegenüber Autonomie als universales Prinzip. Geeignet als heuristisches Suchinstrument. (2) Wenn Autonomie als sinnvoll betrachtet wird, müsste in diesem Begriff der soziale Aspekt stärker berücksichtigt werden. (3) Fokussierung auf Einschränkungen / Behinderungen der Autonomie.

Thema «Sterben heute»: * Der Umgang mit dem Verstorbenen hat sich im Laufe der Zeit stark verändert. Weniger oder überhaupt keine Ahnenkultur mehr, weniger Friedhofbesuche, anonymes Gemeinschaftsgrab, bei > 80% (?), Kremierung, weniger Rituale. * Exit dagegen ermöglicht eine Auseinandersetzung innerhalb der Familie: Bsp. Abschiedsbrief für jedes der Familienangehörige. * Der beste Tod ist der, den man will. * Sterbebegleitung mit Einbezug der Angehörigen geht aber auch ausserhalb von Exit. * Doch helfen häufig auch die Ärzte mit, den Tod zu verdrängen und die Auseinandersetzung mit ihm zu verhindern. * Man stirbt, wenn man keine Beziehung mehr hat. * Wenn niemand mehr an einem denkt, dann ist man tot. * Nur wer täglich am Sterbebett steht, kann sagen, wann es genug ist. * Die existenzielle Verzweiflung in Anbetracht des Todes bleibt immer dieselbe. Hat die Beeinflussung des Sterbens Gründe, etwa dass sie nicht schuldig an seinem Tod sein möchten? * Die Patienten werden oft zu wenig ehrlich über den (bescheidenen) Nutzen einer

Chemotherapie informiert. * Der Gedanke, dass man jetzt sterben sollte, ist schon immer da gewesen (Japan: «Geh auf den Berg und stirb»). * Ein Dambruch hat wegen Exit nie stattgefunden, in keinem Land.

Fazit zum Thema «Sterben heute»: (1) Optimierung des Todes. Heute hohe Pluralität, vieles ist möglich (2) Auch die Ärzte verdrängen den Tod ihrer Patienten. (3) Der Arzt kann im Sterbeprozess bei Bedarf die Angehörigen begleiten.

Thema «Die von der SAMW revidierten Richtlinien *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*»:

- Der Begriff der Unerträglichkeit wird nicht definiert und damit zum Dreh- und Angelpunkt des Papiers. Es ist gerade dieses *unerträglich*, welches für die liberale Haltung eine unzumutbare Bedingung ist, für die konservative Haltung dagegen viel zu subjektiv und schwammig ist.
- Kritik des liberalen Lagers (Richtlinien gehen zu wenig weit): Die ethische Grundlage für die Richtlinien ist das christliche Weltbild, was erstens nirgends deutlich erwähnt wird und zweitens auch hinterfragt werden kann (weshalb nicht säkular?). * Die Formulierungen sind nicht neutral (Bsp. Suizidbegriff ist neg. konnotiert, im Gegensatz zu Palliativ Care). * Die Richtlinien gehen zu wenig auf das Faktum der heutigen Pluralität ein. * Die Kommission setzt sich zusammen aus tendenziellen Interessensvertretern. * Warum muss etwas *unerträglich* sein, um assistiert sich aus dem Leben zu verabschieden? * Unerträglichkeit schließt Autonomie aus. * Kein Gesetz kann mir vorschreiben, unerträglich leiden zu müssen. * Es droht die Verrechtlichung. Die Betroffenen können sich im Recht verstecken.
- Kritik des konservativen Lagers (Richtlinien gehen zu weit): Was heisst *unerträglich*, was ist *unermessliches* Leiden? * Die Leidensbereitschaft und die Möglichkeit, an Leiden zu reifen hört auf, wenn jederzeit die Gelegenheit besteht, mit Exit aus dem Leben zu scheiden. * Die soziale Dimension fehlt.
- Kritik der FMH: Die FMH kritisiert, dass *unerträgliches* Leiden ausreicht für assistierten Suizid. Kritik dieses Begriffs, da zu subjektiv und zu schwammig und deshalb als Kriterium ungeeignet. * Unerträglichkeit kann auch allein durch soziale Faktoren begründet werden, beispielsweise wenn der Partner stirbt. * Angst vor Dambruch.
- Allgemein gewürdigt wird: Angebot für Gespräche. * Es ist gerade der Begriff der Unerträglichkeit, der den Spielraum öffnet und Möglichkeit zu Gesprächen schafft.
- Von einigen gewürdigt wird: Der Begriff *unerträglich* ist als Suizidgrund bewusst so gewählt, weil er offen und interpretierbar ist. Er gibt sowohl dem Sterbewilligen als auch dem Arzt Spielraum. Mit diesem Begriff könnten für die Familie und Angehörige traumatisierende Suizide minimiert werden.

Die am Ende der Diskussion durchgeführte Konsultativabstimmung des Forums M&P über Annahme und Ablehnung dieses Papiers ergab:

Annahme 12, Ablehnung 4.

→ Annahme der von der SAMW revidierten Richtlinien «*Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*»:

(Kommentar: Unter den Ablehnenden gibt es Stimmen, für die das Papier zu wenig liberal ist).

