



# perspective 10

## Den Tod nicht verdrängen

### Sozialethische Überlegungen zur Sterbehilfe

Inwiefern sollen Ärzte und Angehörige Schwerkranken helfen dürfen, ihren Lebens- oder doch mehr Leidensweg abzukürzen? Was heisst «in Würde sterben», wenn heute bei 41 Prozent aller Todesfälle in Schweizer Spitälern ein Verzicht oder der Abbruch lebensverlängernder Massnahmen vorausgeht? Inwiefern soll der Staat die Suizidbeihilfe regeln und ihre Organisationen kontrollieren?

Doch vielleicht geht es gar nicht um das Für oder Wider von Sterbehilfe. Sondern darum, mit Palliative Care eine umfassende Betreuung von Chronischkranken zu erreichen und so Suiziden «vorzubeugen». Oder geht es generell darum, menschliches Begrenztsein und Scheitern nicht aus unserem Leben zu verbannen? Indem wir anerkennen, dass es normal ist, zeitweise auf Hilfe angewiesen zu sein, relativieren wir unser Autonomiestreben. Doch müssen wir uns schon zu Lebzeiten immer wieder mit dem «kleinen Tod» anfreunden, um *mit* unserer Fehlerhaftigkeit Sinn und Erfüllung zu finden? **Perspe©tive 10** sucht ganzheitliche Antworten auf «Sterbens-» und Lebens-Fragen.



#### Geänderte Sterbensrealitäten

Organisationen, die Sterbewillige mit Hilfe von Helium oder gar Plastiksäcken in den Erstickungstod begleiten, um den Arzt für das rezeptpflichtige Natriumpentobarbital zu umgehen, haben die Sterbehilfe-Diskussion neu entfacht. Ebenso umstritten sind Auswüchse eines «Sterbetourismus», in dem psychisch Kranke ihrem Leben auf Parkplätzen ein Ende setzen.

In der Schweiz sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Aids und Drogen zusammen. Die Überalterung der Gesellschaft und lebensverlängernde Möglichkeiten der Medizin führen häufiger zu langen und leidensvollen Zerfalls- und Abhängigkeitssituationen, welche auch Angehörige vor schwierige Entscheidungen über Leben und Tod stellen. Um eine letzte Lebensphase *in Würde* zu ermöglichen, will die Euthanasiebewegung der medizinischen Kunst entsprechend eine schmerzlose Tötung auf Verlangen legalisieren. Letztlich geht es um den Grundkonflikt, ob der Erhalt des Lebens als höchstes Prinzip stärker zu gewichten ist als das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen

# sehen... urteilen... handeln!



bis in den Tod, welches in Umfragen 72 Prozent der Schweizer Bevölkerung befürwortet.

### Schwierige Ermessensfragen

Die Sterbehilfe ist in der Schweiz rechtlich unvollständig geregelt. Strafbar gemäss geltender Praxis (nach Art. 114 StGB) ist die *direkte aktive Sterbehilfe*, die gezielte Tötung eines Schwerkranken zur Leidensverkürzung, auch auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin. Zulässig ist hingegen, als *indirekte aktive Sterbehilfe* Medikamente zur Schmerzlinderung zu verabreichen, die möglicherweise lebensverkürzend wirken. Auch das Abbrechen lebenserhaltender Massnahmen – wie künstliche Beatmung, Nahrungszufuhr, Dialyse, Operation – wird dazugezählt. Entschliesst man sich gegen deren Einsatz, spricht man von *passiver Sterbehilfe*: Das

**Euthanasie** (griechisch: «guter Tod») bedeutet Sterbehilfe. Der Begriff «Sterbehilfe» führt zur Verwirrung, wenn er undifferenziert verwendet wird. Als **direkte aktive Sterbehilfe** bezeichnet wird die Tötung eines Kranken auf seinen Wunsch hin. Bei der **indirekten aktiven Sterbehilfe** erhält eine todkranke Person Mittel zur Leidenslinderung, welche ihr Leben verkürzen können. **Passive Sterbehilfe** meint den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen. Die **Suizidbeihilfe** beschafft Sterbewilligen ein todbringendes Mittel, das diese selbst einnehmen. Bei der **Sterbebegleitung** steht man einem Sterbenden menschlich-seelsorgerisch bei. **Palliative Care** sorgt für eine umfassende Betreuung in der letzten Lebensphase.

Sterben soll nicht länger verhindert oder hinausgeschoben werden. Erforderlich ist dazu die Einwilligung des Kranken. Ist dieser nicht mehr urteilsfähig, kommt eine Patientenverfügung zum Tragen; oder der Arzt entscheidet mit Hilfe der Angehörigen im Sinne des mutmasslichen Patientenwillens.

Allerdings: *Wann* eine konkrete Massnahme nicht mehr sinnvoll ist, bleibt oft eine schwierige Ermessensfrage. Dem je einmaligen Geschehen am Krankenbett werden starre Vorschriften kaum gerecht. Es muss darauf gebaut werden, dass Ärzte und Pflegepersonal mit Hilfe standesethischer Regeln wie jenen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) einfühlsam und verantwortungsbewusst handeln. Darüber hinaus hat das Bundesgericht festgehalten, dass es kein *Recht* auf Suizidbeihilfe gibt und Gesundheitspersonal nicht dazu *verpflichtet* werden darf.

### Sterbehilfe-Tourismus

Die Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz nur verboten, sofern sie aus «selbstsüchtigen Beweggründen» erfolgt (Art. 115 StGB). Eine solch liberale Regelung, auf der die Tätigkeit der Sterbehilfe-Organisationen Exit Deutsche Schweiz, Exit AMDM Suisse romande, Dignitas, Ex-International und Suizidhilfe gründet, kennen nur sehr wenige Länder. Deshalb reisen Leute in die Schweiz, um assistiert zu sterben. Dignitas betreibt dafür sogar Werbung im Ausland. Die organisierte Suizidbeihilfe hat bei uns stark zugenommen: Mitte der Neunzigerjahre wurde sie jährlich von einem Dutzend, heute von etwa 350 Menschen beansprucht. Es wird befürchtet, dass «zu gesunde» Menschen zu schnell und

gegen hohe Geldbeträge in den Suizid begleitet werden. Bisher agierte die Justiz bei der Aufklärung und Ahndung von Gesetzesverstössen durch Sterbehilfeorganisationen sehr zurückhaltend. Sie wäre verpflichtet, bei mutmasslicher Rechtsverletzung aktiv zu werden: beispielsweise, wenn Betäubungsmittelmissbrauch oder hinter der Suizidbeihilfe ein Geschäft vermutet wird.

Eine Nationalfonds-Studie kam 2008 zum Ergebnis, dass ein Drittel der in Zürich von Exit in den Tod begleiteten Menschen nicht todkrank, sondern «lebensmüde» war. Dennoch: In Umfragen finden nur 12 Prozent der SchweizerInnen die rechtliche Regelung der Suizidbeihilfe zu liberal. 2005 hat die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) die Suizidbeihilfe für *Schwerstkranken* unter definierten Bedingungen anerkannt (siehe Kasten letzte Seite).

### Euthanasie-Gefahren

Euthanasiegegner warnen davor, dass sich die Überzeugung durchsetzen könnte, ein Suizid sei bei einer tödlichen Krankheit moralisch *immer* richtig. Sie sehen eine grosse Gefahr im zunehmenden sozialen Druck auf Schwerstkranken. Es wird – verstärkt durch das Kostenproblem im Gesundheitswesen – die Ausweitung einer gesellschaftlich und schliesslich rechtlich akzeptierten *unfreiwilligen* Tötungspraxis befürchtet: zuerst bei Schwerstkranken im Endstadium, später bei nicht mehr Entscheidungsfähigen. Hinzu kämen von ihren Familien in den Suizidwunsch gedrängte schwer Chronischkranke, um finanziellen und emotionalen Belastungen zu entgehen. Schliesslich könnte sich der Kreis auf Menschen mit einer schlimmen Diagnose ausweiten, auf Schwerstbehinderte, psychisch Schwerkranke und letztendlich auf Jugendliche und Kinder. Die subtilen Mechanismen, welche Sterbende der Willkür ihrer Umgebung ausliefern, würden verkannt.

Tatsächlich wurde die aktive Sterbehilfe, unter einigen Bedingungen, seit den Neunzigerjahren in Holland, Belgien und jüngst in Luxemburg legalisiert. Nachgewiesen sind in Holland *nicht* verlangte Tötungen von Komapatienten durch Ärzte.

### Strenger Suizidbeihilfe-Gesetzesentwurf

Im Juli 2009 unterzeichneten die Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und Exit

einen Vertrag mit «Standesregeln» für die Suizidbeihilfe. Dadurch erhöhte sich der Druck für eine gesamtschweizerische Regelung.

Ende Oktober 2009 gab der Bundesrat den Entwurf eines Sterbebeihilfe-Gesetzes mit Mindestanforderungen in die Vernehmlassung: Die Suizidbeihilfe würde auf unheilbar Kranke beschränkt, deren Tod in kurzer Zeit bevorsteht. Nötig wären zwei ärztliche Gutachten: eines für die Todesprognose, ein anderes für die Urteilsfähigkeit des Patienten. Der Suizid-Wunsch soll ohne Affekt und äusseren Druck reiflich überlegt sein. Das todbringende Medikament ist ärztlich zu verschreiben. Todkranken sind Alternativen wie die Palliative Care aufzuzeigen. Der bisherige StGB-Artikel 115 würde verschärft: Damit die Suizidbeihilfe nicht gewerbsmässig betrieben wird, darf keine Gegenleistung angenommen werden, welche die Kosten übersteigt. Und jeder Fall müsste zwecks behördlicher Kontrolle vollständig dokumentiert werden.

Der Gesetzesentwurf enthält keine Ausbildungsstandards für Sterbehelfende und keine Aufsichtsparagraphen. Um eine Grundsatzdiskussion anzustossen, legte der Bundesrat eine Zweitvariante vor, welche die organisierte Suizidbeihilfe *generell verbietet*.

## Palliative Betreuung

Palliative Care strebt für Schwerkranke und Sterbende eine ganzheitliche Betreuung unter Linderung körperlicher, geistiger und seelischer Leiden an. Klinische Erfahrungen weisen darauf hin, dass unter einer guten Betreuung Wünsche nach einem vorzeitigen Tod *vorübergehend* sind. Einiges spricht dafür, dass Suizidwünsche oft wenig mit freier Willensäusserung zu tun haben, sondern Hilferufe nach mehr Zuwendung oder Erlösung aus unerträglicher Vereinsamung sind. Diesen Nöten begegnen die Freiwilligen und Vereinigungen der *Sterbebegleitung*. Sie bieten auch Angehörigen ihre Hilfestellung an. Zwar hat sich das Angebot an Palliativer Betreuung in der Schweiz verbessert, aber es ist längst nicht flächendeckend. In rund der Hälfte der Kantone haben unheilbar Kranke keinen Zugang zu Palliative Care. Höchstens fünf Prozent erhält optimale Betreuung. Im Oktober 2009 lancierten Bund und Kantone das dreijährige Konzept «Nationale Strategie Palliative Care». Es will die Versorgungsstruktur mit Palliativ-Stationen in und ausserhalb der Spitäler sowie mit mobilen Palliativ-Equipen ergänzen.

## urteilen...

Unser Verfügungsanspruch wird nicht nur durch das fünfte Gebot «Du sollst nicht töten» begrenzt, sondern fundamental auch in der Ehrfurcht vor einem Leben, das wir uns nicht selber geben können, weil es im christlichen Verständnis ein Geschenk Gottes ist. Darauf basierend sind bei einer *gesellschaftlichen* Regelung folgende Prinzipien wegweisend:

### Personalitätsprinzip

Das Personalitätsprinzip spricht jedem Menschen ein unverlierbares Recht auf Respektierung seiner Würde zu. In der Sterbehilfe-Diskussion wird es häufig auf Autonomieverlust reduziert. Menschenwürde erhalten wir jedoch nicht nur durch Freiheit und Selbstbestimmung, sondern *ebenso*, indem wir den Schutz des Lebens nicht antasten. Nicht erst am Ende, sondern schon mitten

im Leben sind wir auf Fürsorge und Liebe angewiesen. Die Vorstellung, alles was krank, pflegebedürftig, depressiv, behindert oder einschränkend ist, auf eine letzte Lebensphase zu schieben, wird unserem Dasein nicht gerecht. Erst recht ist es gefährlich, diese Phase mit all dem Schwierigen dann einfach abkürzen und eliminieren zu wollen. Dahinter verbirgt sich ein unmenschliches Ideal, dem unser Dasein nur im Vollbesitz der eigenen Kräfte und Fähigkeiten lebenswert erscheint. Richtet sich Sterbehilfe *einseitig* auf Autonomie aus, entzieht sie Schwerkranken und Sterbenden auf subtile Weise die notwendige Unterstützung. Auch das *Solidaritätsprinzip* verlangt diese Hilfestellung, nicht nur für direkt Betroffene, sondern auch für Angehörige und Pflegende.

### Begrenztheit annehmen

Unsere Machbarkeitskultur verdrängt, dass unser Leben trotz aller technischen und medizinischen Errungenschaften an natürliche Grenzen stösst, die verschoben, aber nicht aufgehoben werden können. Krank-



heit und Sterben erschöpfen sich nicht in der Erfahrung blosser Sinnlosigkeit. Als Christen sehen wir den Tod nicht als definitives Ende, sondern als Durchgang zu einer anderen Lebensexistenz. So versuchen wir unser irdisches Dasein in Liebe auf diese Wirklichkeit hin zu gestalten. Indem wir uns im Leben schon als «Sterbende» verstehen und das Loslassen einüben, trifft uns der Tod nicht völlig unvorbereitet. Im Alter, bei Fürsorge- und Pflegebedürftigkeit, sind wir im Sinne der Personalität vollwertige Menschen, auch wenn wir nichts mehr leisten können. Wir hoffen auf gute staatliche Regelungen und Menschen, die in dieser Situation für uns sorgen und uns begleiten bis zum Tod.

### **Gute Entscheide: nur situativ möglich**

Das Personalitätsprinzip verdeutlicht: Konkrete Entscheidungen über Leben und Tod können nicht durch Vorschriften oder Entscheidungsroutine abgenommen werden. Auch das Strafgesetzbuch wird nie alle denkbaren Konstellationen der Sterbehilfe detailliert regeln können. Der Entschluss, sich das Leben zu nehmen, beinhaltet neben Nachvollziehbarem vor allem aufschreckende und irrationale Anteile. Sie per Qualitätskontrolle «normalisieren» zu wollen, ist eine *grundsätzliche* Unmöglichkeit.

Patientenverfügungen sind zwar eine wichtige Entscheidungsgrundlage, aber auch sie lösen Dilemmas von Grenzsituationen kaum: Beispielsweise kann es für alle Beteiligten *einseits* eine ungeheure Belastung sein, ein Leben noch künstlich zu verlängern. Sich dafür zu entscheiden braucht Mut und kann Schuldgefühle auslösen. Obwohl es aus rechtlicher und christlicher Sicht «in Ordnung» ist: Das spätere Abbrechen einer solchen Massnahme fällt oft noch schwerer, selbst wenn diese nichts mehr bringt. *Andererseits* kann sie doch Sinn machen, wenn Schwerstkranke wie Angehörige noch mehr Zeit brauchen, um für das Sterben mit all seinen Folgen (seelisch) reif zu werden. Was unter oft grossem Leidens- und Zeitdruck richtig und ethisch vertretbar ist, lässt sich häufig nur aus der Situation heraus entscheiden. Es bedarf einfühlsamer Menschen, welche dies in Behutsamkeit und Hochachtung tun: mit ethischen Regeln wie den SAMW-Richtlinien und NEK-Sorgfaltskriterien als Urteilsbasis.

### **Gemeinwohlprinzip**

Das Gemeinwohlprinzip betont die Gleichwertigkeit der Menschen. Es besagt, dass unser Zusammenleben zum Wohl *aller* zu gestalten ist und dass kein Mensch zum Vorteil eines anderen übermässig belastet werden darf. Dies soll am Ende wie am Anfang des Lebens gelten. Ausgehend vom uneingeschränkten Lebensrecht muss ein Tötungs-Freipass für Schwerkranke oder Schwerstbehinderte ebenso verhindert werden wie ein Obligatorium vorgeburtlicher Untersuchungen mit dem Ziel, nur gesunde, intelligente oder «nützliche» Kinder in die Welt zu setzen. Eine Gesellschaft, in der nur noch «perfekte» Menschen etwas gelten und angenommen sind, ist für *alle* lebensfeindlich.

### **Problematik einer Norm für Tötung auf Verlangen**

Mit Blick auf das Gemeinwohlprinzip wird klar, dass eine gesellschaftlich gebilligte *Norm* für die Tötung auf Verlangen Suizide *fördert*. Sie würde Schwerstkranke begleitende Menschen demoralisieren – und gäbe Betroffenen zu verstehen, ihr Leben sei tatsächlich nicht mehr lebenswert, und dass man den «freiwilligen Abgang» als Erlösung aller befürworte. Es darf auch nicht so weit kommen, dass im Namen der Humanität und des Mitleids Menschen getötet werden, weil sie unser «Idealbild» stören oder die Gemeinschaft belasten.

Werden Alter und Sterben zu «Tabuzonen», so ist zu befürchten, dass trotz aller Selbstbestimmung die öffentliche Meinung sowie ökonomische und medizintechnische Sichtweisen bestimmender werden und sich einfache und billigere Lösungen durchsetzen. Oft hängt ein konkreter Patientenwille auch davon ab, wie gut das *Vertrauensverhältnis* zum Pflegepersonal und zum behandelnden Arzt ist, wie dieser informiert und die Krankheitssituation darstellt. *Dieses* nimmt Schaden, wenn die ärztliche Rolle nicht mehr eindeutig auf Heilen und Lindern, sondern auch auf das «effiziente» Töten gerichtet wird.

### **Subsidiaritätsprinzip**

Um Menschen am Ende des Lebens optimal beistehen zu können, ist ein gutes, interdisziplinäres Zusammenspiel der verschiedenen Beteiligten unverzichtbar. Das Subsidiaritätsprinzip hilft beim Aufbau sinnvoller Strukturen und Beziehungen. Bei der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden sollen



– auch im Interesse der Kostenbewältigung – nicht alle Aufgaben an Gesundheits- und Sozialinstitutionen abgetreten werden. Es macht Sinn, die Mithilfe von Angehörigen und Freiwilligen zu fördern.

### **Keine staatliche Legitimierung von Suizidbeihilfe**

Es ist unverantwortlich, wenn Suizidwillige im Schnellverfahren ein todbringendes Mittel erhalten und ihr Sterbenswunsch nicht vertieft abgeklärt wird. Ein Suizidbeihilfe-Gesetz gemäss vorliegendem Entwurf könnte solche Missstände vermutlich beseitigen und den Sterbetourismus eindämmen. Auch die NEK-Sorgfaltskriterien wären eingehalten. Doch je detaillierter der Staat als oberster «Schützer des Lebens» vorschreibt, wer sich auf welche Weise mit Hilfe anderer das Leben nehmen darf, desto mehr begibt er sich in die Rolle eines Gratwanderers. Noch problematischer wären Vorgaben für die Ausbildung von Sterbehelfenden: Damit würden deren Tätigkeit und Organisationen staatlich legitimiert oder gar «zertifiziert»! Ebenso wäre es unverhältnismässig, Sterbehilfe-Gesellschaften unter Staatsaufsicht zu stellen.

Das vorgeschlagene Gesetz setzt der Sterbehilfe zwar klare Grenzen und schiebt ihrer

Ausweitung einen Riegel. Da es sehr restriktiv ist, birgt es jedoch das Risiko, dass Grauzonen verschoben und ausgeweitet werden. Dass chronisch und psychisch Kranke nicht «einfach so» Suizidbeihilfe erhalten, ist grundsätzlich richtig. Wenn aber ein Drittel der derzeit Begleiteten nicht todkrank ist, muss befürchtet werden, dass ein Teil dieser Suizide künftig unbegleitet oder in der Illegalität stattfinden. Erst recht verstärkte ein Totalverbot diese Tendenz. *Jede* Suizidbeihilfe unter Strafe zu stellen ist falsch und kontraproduktiv.

### **Verstöße: Justiz-Angelegenheit**

Aus dem Subsidiaritätsprinzip wird deutlich, dass engere Gesetzesbestimmungen bezüglich Sterbehilfe-Organisationen noch höhere Anforderungen an den Vollzug stellen. Solange die für ausserordentliche Todesfälle zuständigen Untersuchungs- und Gesundheits-Behörden ihre Überwachungspflichten ungenügend wahrnehmen, nützen engmaschigere Gesetze wenig. Jetzt schon *unterlassen* es Justizbehörden, bei Hinweisen auf Missbrauch und illegale Handlungen zu intervenieren. Mit einem Suizidbeihilfe-Gesetz wird der Handlungsbedarf und mit ihm der Mangel an Personal und Mitteln *steigen*.

### **Bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende**

Gute Sterbehilfe ist jene, welche die Not der Betroffenen erträglich macht und hilft, das Sterbenmüssen anzunehmen. Dies ist mit Palliative Care in ihrem Bemühen um bestmögliche Lebensqualität bis in den Tod zu erreichen – subsidiär je nach Situation unter vermehrtem Einbezug oder Entlastung der Angehörigen. Das Subsidiaritätsprinzip ermuntert auch Standesorganisationen, religiöse Gemeinschaften, Kirchen, Familien und Freundeskreise zur Begleitung kranker und sterbender Menschen. Angesichts der Würde erhöhter menschlicher Bedürftigkeit ist auch Ehrfurcht erfahrbar. Was sonst zählt – Ansehen, Geld, Besitz, Leistung – tritt zurück vor Werten wie Nähe, Freundschaft und Solidarität.

Das Ziel muss sein, Menschen optimale Hilfe und Betreuung zu gewährleisten. Es darf weder passieren, dass aufwandärmere Tötung auf Verlangen diese verdrängt, noch, dass unter dem Titel «Palliative Care» aus Kostengründen keine altersgerechte medizinische Versorgung mehr geleistet wird.

Können wir uns Palliative Care angesichts des Spardrucks im Gesundheitswesen überhaupt leisten? In Akutspitalern wird gerade für Patienten in der letzten Lebensphase oft unvernünftig Geld ausgegeben. Um ihren Platz zu rechtfertigen, müssen sie nicht selten noch in den letzten Lebenswochen beispielsweise kostenintensive Chemotherapien über sich ergehen lassen. Eine teure Apparate- und Operationsmedizin erscheint kommerziell interessanter und prestigeträchtiger, als eine Palliativ-Station aufzubauen. Diesbezüglich ist ein Umdenken nötig. Allerdings werden die Kosten einer rasanten Weiterentwicklung der technisierten Medizin *und* einer umfassenden Betreuung am Lebensende nicht *einfach* zu bewältigen sein.



Die im Licht der Sozialprinzipien gewonnenen Erkenntnisse führen zu folgenden Handlungs-Notwendigkeiten:

**Generell müssen wir der Tendenz entgegenzutreten,** den «Freitod» als *gelingen* Ausweg aus menschlichen Notsituationen des Alt- und Krankwerdens oder des schweren Behindertseins zu betrachten. Jeder Forderung oder (unterschwellig) moralischen Pflicht zur Selbsttötung muss entschieden widersprochen werden. Gera-



de auch die hochzuhaltende Selbstbestimmung in Freiheit verpflichtet uns, für die durch Sterbehilfe-Liberalisierung entstehenden gesellschaftlichen Gefahren zu sensibilisieren und rechtzeitig Handlungsgrenzen und Kontrollen zu schaffen. Der Richtung des vorgeschlagenen Suizidbeihilfe-Gesetzes ist zwar grundsätzlich zuzustimmen, doch die Mindestanforderungen sind zu restriktiv formuliert. Eine gute Gesetzgebung klärt bewusst nicht alle Fragen, damit die *Auseinandersetzung* über Werthaltungen hinter dem menschlichen Tun nicht aufhört. Schwerpunktässig ist das staatliche Engagement auf die *Fürsorge* am Lebensende zu richten.

Ausbildungsinstitutionen für Ärzte und Pflegepersonal sowie Heim- und Spitalleitungen sollen besorgt sein, dass die SAMW-Richtlinien gelernt und angewandt werden und dass medizinisches Personal nicht als «Helfer des Todes» verpflichtet wird. Falls das Suizid-Beihilfegesetz abgelehnt wird und es rechtlich beim Status quo bleibt, müssen Sterbehilfe-Organisationen dazu angehalten werden, ihre Leute auf die NEK-Sorgfaltskriterien zu verpflichten.

**Die Frage an uns alle ist:** Verhalten wir uns so, dass Leiden, Hilfsbedürftigkeit, Abbau der Leistungsfähigkeit und zunehmende Begrenzung durch das Älterwerden ange-

nommen werden können, ohne das Leben gleich als sinnlos und unzumutbar zu empfinden? Es ist mitentscheidend, ob uns positive und beglückende Lebenserfahrungen in der Hoffnung auf das Kommende bestärken – oder ob uns der Genuss des Lebens vom «Reich Gottes» wegführt.

Es kommt darauf an, ob es uns gelingt, das Älterwerden, das Loslassen und die damit verbundenen Zerfallsprozesse als möglichen Teil unseres Lebens, als neue Lebensaufgabe und -chance zu sehen. Ansonsten wird nicht nur der Blick auf unser eigenes Lebensende, sondern auch unser Umgang mit Menschen in dieser Situation von Angst, Flucht und Verdrängung getrübt sein: Weil wir es nicht aushalten können, vielfach begrenzte, ständig dem Sterben ausgesetzte Geschöpfe zu sein.

**Diesbezüglich hat auch die Kirche eine wichtige Aufgabe** in «präventiver Sterbehilfe»: den Menschen einen positiven Lebenssinn zu vermitteln, welcher Leiden und Sterben miteinbezieht. Glaubensgemeinschaften sollen für die Würde alter, kranker, behinderter und leidender Menschen eintreten und dafür sorgen, dass sie nicht beiseite geschoben werden.

**Die kantonalen Justiz-Organen müssen Sterbehilfe-Organisationen verstärkt kon-**

trollieren. Suizidbeihilfen sind konsequenter auf mutmassliche Rechtsverletzungen hin zu untersuchen; Verstösse sind zu ahnden. Dazu muss die öffentliche Hand genügend Mittel und Personal bereitstellen.

**Die palliative Pflege und Medizin** in Spitälern und Heimen auszubauen und sie auch im ambulanten Bereich zu fördern, ist speziell Aufgabe der Kantone. Die «Nationale Strategie Palliative Care» kann hierzu ein Antrieb sein und verdient tatkräftige Unterstützung. Unverzichtbar für Patienten am Lebensende ist vor allem eine Verbesserung des schmerztherapeutischen Knowhows. Auch die Angebote für Palliative Care zu Hause – unter Einbezug von Angehörigen – sind zu verbessern: Denn die meisten Menschen möchten daheim sterben. Nötig ist – neben einer verbesserten Information – der Aufbau interdisziplinärer Teams unter guter Zusammenarbeit von Leuten aus der Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Spitex, Seelsorge und der Freiwilligenarbeit. Der Bund soll diese Entwicklung über die Aus- und Weiterbildung der Medizinal- und Gesundheitsberufe, in der Forschung und über die gesetzliche Pflegefinanzierung fördern. Und schliesslich bedarf die grosse Frage, welche Medizin wir zu welchem Preis wollen, einer öffentlichen Auseinander- und Akzentsetzung.

Januar 2010

## Impressum

### Herausgeberin (Bestelladresse)

Union der Christlichsozialen, Geschäftsstelle,  
Dorfstrasse 11, 9423 Altenrhein  
Tel: 071 855 19 47, Fax 071 855 19 28,  
www.uks-ch.org, info@uks-ch.org

**Text:** Theo Bühlmann, PR- und Medienschaffender,  
Fuchsacker 3, 6233 Büron, Tel: 041 933 13 23,  
Mail: at.buehlmann@bluewin.ch

**Mitarbeit:** Dr. Thomas Wallimann-Sasaki, Sozialinstitut KAB,  
Ausstellungsstr. 21, Pf. 1663, 8031 Zürich  
Tel: 044 271 00 32, www.sozialinstitut-kab.ch

Bildungsinstitut für Arbeitnehmende ARC,  
Hopfenweg 21, Pf. 5775, 3001 Bern  
Tel: 031 370 21 11, www.travailsuisse.ch

Bilder: Georgette Baumgartner-Krieg, Luzern

**Preis:** Einzelnummer: Fr. 4.80, Satz à 10 Stück: Fr. 12.00  
Satz à 50 Stück: Fr. 40.00 (+ Versandkosten)

Die Union der Christlichsozialen Schweiz (UCS) setzt sich aus den Organisationen CSP Schweiz, KAB Schweiz, dem Gewerkschaftsdachverband Travail.Suisse und kantonalen UCS-Organisationen zusammen.

### Sorgfaltskriterien der Nationalen Ethikkommission (NEK)

Bei der Abklärung Suizidwilliger müssen folgende Punkte gewährleistet sein:

1. Die Urteilsfähigkeit (des Patienten) für die Entscheidung, sein Leben mit Hilfe eines Dritten zu beenden.
2. Der Suizidwunsch ist aus einem schweren, krankheitsbedingten Leiden oder infolge eines Unfalls oder einer schweren Behinderung entstanden.
3. Psychisch Kranke, bei denen die Suizidalität ein (vorübergehendes oder behandelbares) Symptom der Erkrankung ist, soll keine Suizidbeihilfe gewährt werden.
4. Der Sterbewunsch muss dauerhaft und konstant sein. Er ist nicht aus einem Affekt oder einer vorübergehenden Krise entstanden.
5. Der Wunsch ist frei von äusserem Druck zustande gekommen. Soziale Isolation, Angehörigen «zur Last fallen», Angst vor mangelhafter Betreuung oder finanzielle Engpässe sollen nicht den Ausschlag geben.
6. Alle Alternativen (wie ärztliche Behandlung, Sozialhilfe, Therapie) sind abgeklärt, mit dem Suizidwilligen geprüft worden und gemäss seinem Wunsch ausgeschöpft.
7. Persönliche, mehrmalige Kontakte und intensive Gespräche sind unabdingbar. Eine Abklärung aufgrund einer einmaligen Begegnung oder auf dem Korrespondenzweg ist ausgeschlossen.
8. Eine unabhängige Zweitmeinung kommt zum gleichen Schluss.