



GERONTOLOGIE INFORMATION

Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie
Société Suisse de Gérontologie
Società Svizzera di Gerontologia

interdisziplinär – wissenschaftlich – praxisbezogen
interdisciplinaire – scientifique – applicable
interdisciplinari – scientifici – applicabili



*Mesdames, Messieurs,
C'est la tradition que le
nouveau président dise
quelques mots lors de
son élection et étant à
l'assemblée générale à
Genève, je vais le faire
en français. Vous allez
constater peut-être que
j'ai préparé mon petit
discours avec le dic-
tionnaire, mais j'espère*

que vous me comprenez quand même.

*Pratiquement, vous n'avez eu aucune chance de
choisir quelqu'un d'autre que moi. Néanmoins, mer-
ci beaucoup pour votre confiance!*

*Il y a deux ans, après mon élection à Lucerne com-
me vice-président, on m'a demandé si je vais avoir
assez de temps pour cette tâche et ce que seraient
mes buts.*

*J'ai dit qu'il me manque toujours du temps – mais
c'est un problème de nous tous, je pense.*

*Quand-même, j'ai accepté la présidence, parce que
je sais que je peux compter sur un secrétariat excep-
tionnel avec Pia Graf, l'âme de la SSG, et avec Moni-
ka Loosli. J'ai dit «oui» à la présidence, parce que
je sais que j'ai l'assistance d'un comité exception-*

*nel. Un Comité dont les membres proviennent de
diverses professions et de domaines d'activités
variées, un comité dont les membres mettent à dis-
position tout leur savoir, leurs grandes compétences
personnelles, leur expérience et leur énergie, et qui
poursuit un but commun.*

*A l'avance, je remercie tous mes collègues pour leur
engagement et je me réjouis de la poursuite de la col-
laboration avec les anciens et aussi du commence-
ment de la collaboration avec nos nouveaux membres
du comité.*

*C'est le moment de dire un très grand merci à Astrid
Stückelberger pour son grand engagement comme
présidente de notre Société, pour son initiative et
pour son encouragement aux contacts internatio-
naux. Elle est toujours pleine d'idées et j'ai noté –
surtout lors du Congrès International de Géronto-
logie à Vancouver – qu'elle représente la SSG et la
Suisse avec beaucoup de compétence sur la scène
internationale. Grâce à son travail dans des groupes
d'experts européens, on connaît notre excellent tra-
vail conduit en Gérontologie au-delà de nos fron-
tières.*

*Herzlich danken möchte ich Regula Schmitt für Ihr
grosses Engagement für die SGG, sowohl als frühe-
re Präsidentin wie auch als Vizepräsidentin. Vor 8
Jahren haben wir die gemeinsame Vorstandstätigkeit*

INHALTSVERZEICHNIS

Begrüßungsrede des neuen Präsidenten	1
Zur Sterbehilfepraxis in den Niederlanden	2–8
Prämierte SGG-Poster	9–13
Langzeitpflege	14
Mitteilungen/Preis Ausschreibung	17
Neuerscheinungen/Buchhinweise	18
Neue SGG Mitglieder	18
Veranstaltungskalender 2002/2003	19

TABLE DES MATIÈRES

Adresse du nouveau président	1
Posters primés par la SSG	9–13
Contribution scientifique/résumé	14
International	16
Communications	17
Nouvelles publications et informations	17
Nouveaux membres SSG	18
Calendrier des manifestations 2002/2003	19

in Fribourg aufgenommen. In dieser vergangenen Zeit hat sie sehr viel für die SGG-SSG gearbeitet, viel Herzblut hineingegeben und sehr viel im Hintergrund gewirkt. Dabei hat sie sich immer ausserordentlich stark für die Menschen im Pflegeheim engagiert, sehr aufmerksam gesellschaftliche Entwicklungen verfolgt und sich falls nötig als Anwältin für ihre Rechte eingesetzt. Ich freue mich, dass sie dem Vorstand weiterhin erhalten bleibt und damit auf die weitere Zusammenarbeit.

Je dois vous donner encore une réponse à la deuxième question, la question de mes buts, de nos buts: premièrement, j'espère pour moi personnellement que je vais apprendre un peu mieux le français pour améliorer la communication entre les deux côtés du «Röstigraben».

Nous allons essayer de mieux faire connaître les excellents services de notre secrétariat pour des questions de gérontologie et faire en sorte que le chiffre des membres profitant de ces services augmente.

Nous allons préserver et encourager l'interdisciplinarité dans la SSG. La collaboration interdisciplinaire nous permet de remplir les tâches complexes dans le futur. La connaissance, la compétence et l'expérience de nos membres des diverses professions nous permettent aussi d'aider et de soutenir les autorités du gouvernement.

Je désire que nous ayons le courage de prendre des positions sans peur de critique concernant des ques-

tions essentielles et actuelles de la gérontologie – comme c'est prévu dans nos statuts. Nous allons avoir des initiatives et participer aussi dans le futur à l'élaboration de principes éthiques fondamentaux pour la dignité de la personne âgée.

J'attends surtout la collaboration de tous nos membres sous forme de soutien, d'idées, de suggestions et d'activités personnelles.

Et finalement, je veillerai que dans nos décisions et activités nous n'oublions jamais le point de vue des personnes directement concernées, que nous réussissions à les intégrer autant que possible dans notre travail. C'est pourquoi je me réjouis particulièrement de collaborer avec Carlo Antognini, notre nouveau Vice-président, qui maintenant reste le seul retraité parmi de plus ou moins jeunes au comité. La prochaine session de la SSG, les 30 et 31 octobre 2003 à St. Gall, sera consacrée au 50ième anniversaire de la SSG. Cela nous donnera la possibilité de regarder en arrière mais surtout de faire des réflexions, de porter des idées et de développer des visions. Nous aurons à nous préoccuper de plus en plus de questions éthiques et économiques – comment garantir la dignité, la liberté, le bien-être des personnes vieillissantes.

Je me réjouis de vous accueillir en 2003 à St. Gall – les préparatifs d'une rencontre un peu extraordinaire pour ce congrès de jubilé nous préoccuperont également.

Daniel Inglin

WISSENSCHAFTLICHER BEITRAG

Kurz vor der Debatte zur Sterbehilfe in der Dezembersession 2001 des Nationalrates im Bundeshaus hat sich die CH-Konferenz ALTER am 27. November 2001 von Dr. Markus Zimmermann-Acklin über die Situation in Holland aufklären lassen. NR Prof. Franco Cavalli stellte dann seine Beweggründe für die parlamentarische Initiative dar und Prof. Ch.-H. Rapin zeigte auf, was vor einer Lockerung der Gesetzgebung insbesondere für die alten Menschen noch alles zu tun wäre. Da Holland in dieser Frage sehr oft als Beispiel eines liberalen (und damit «positiven») Staates erwähnt wird, erachten wir es als wertvoll, dass durch den Text Hintergrundinformationen vermittelt werden, die in der differenzierten Diskussion durchaus Gewicht erhalten können.

Zur Sterbehilfepraxis in den Niederlanden

Bemerkungen zur rechtlichen Regelung und medizinischen Praxis aus ethischer Sicht

Die rechtliche Regelung der Sterbehilfe steht zur Zeit in der Schweiz ganz oben auf der politischen Agenda. Im Zuge der politischen Auseinandersetzungen um eine Neuregelung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen ist die Bezugnahme auf die niederländische Gestaltung der Sterbehilfepraxis zum Standard geworden. Dies überrascht insofern wenig, als in den Niederlanden weltweit die einzige Gesetzesregelung besteht, welche die ärztliche Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe in bestimmten Fällen straffrei ermöglicht. Dieses Gesetz besteht erst seit letztem Jahr und ist bei uns noch relativ wenig bekannt.

Kann die niederländische Regelung zum Vorbild für eine Schweizerische Lösung werden? In der gegenwärtigen politischen Auseinandersetzung herrscht in

diesem Punkt wenig Einigkeit. Während Franco Cavalli im Zuge seiner parlamentarischen Initiative stets auf die positiven Erfahrungen und Regelungen in den Niederlanden verweist (und dabei den Schweizerischen Diskussionsstand mit dem Stand der holländischen Debatte in den siebziger Jahren vergleicht), lehnen z. B. die Sterbehilfeorganisationen eine Regelung nach holländischem Muster strikt ab.

Warum ausgerechnet die Niederlande?

Die gegenwärtigen Entwicklungen der niederländischen Sterbehilfepraxis werden weltweit mit grosser Aufmerksamkeit verfolgt. Von einem «nationalen Versuchslabor», einem «sozialen Experiment» ist die Rede, insofern die Niederlande weltweit das einzige Land ist, in dem die ärztliche Tötung auf Verlangen seit einigen Jahren in breitem Ausmass praktiziert und auch gesellschaftlich akzeptiert wird. Dazu kommt, dass diese Praxis vor kurzem auch strafrechtlich offiziell geregelt wurde und damit – abgesehen von einem ähnlichen Versuch im Nordterritorium Australiens – weltweit das erste Modell einer strafrechtlichen Regelung dieser schwierigen Materie bietet. Gleichzeitig sind die Niederländer stark darum bemüht, grösstmögliche Transparenz in Hinblick auf die tatsächliche Sterbehilfepraxis in ihrem Land herzustellen: Empirische Studien von 1990 und 1995 geben uns weitreichenden Aufschluss über die tatsächliche Realität der medizinischen Entscheidungen und Praktiken am Lebensende. Dass hier neben der grundsätzlichen Vorliebe, alle menschlichen Vollzüge empirisch zu erfassen, der Wille zur Transparenz handlungsleitend war, ist u. a. daran zu erkennen, dass Ärztinnen und Ärzte offen über Handlungen berichtet haben, die strafrechtlich verboten und mit hohen Gefängnisstrafen belegt waren. Offensichtlich besteht in diesem Punkt ein Unterschied zur schweizerischen Mentalität: Unwillkürlich denke ich an die grossen Wohnzimmerfenster in den Strassen niederländischer Kleinstädte, die einen freizügigen Einblick in familiäre Privatsphären ermöglichen, wo bei uns in der Schweiz Gardinen und Vorhänge den Blick versperren. Gleichzeitig gibt es gute Gründe zur Zurückhaltung. Rückt eine Nation viele Jahre hindurch derart ins Rampenlicht internationaler Aufmerksamkeit, entsteht in gewisser Hinsicht eine «unwirkliche Situation». Die Gefahr zumindest besteht, dass sich die Bevölkerung zusehends unter Druck setzen lässt, nun zu beweisen, dass sie den Herausforderungen gewachsen ist! Kritik von Aussen, wie sie interna-

tional geübt wird, fördert ein nationales Zusammenrücken. Kritik von Innen hat es zusehends schwerer, politisch korrekt zu bleiben.

Überdies sollten wir im Eifer der Auseinandersetzung um eine schweizerische Regelung der Sterbehilfepraxis nicht vergessen, die unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexte zu berücksichtigen, von denen hier die Rede ist. Geschichte, Traditionen und insbesondere Konfessionen, die sich in Mentalitäten, politischen Systemen und Gewohnheiten niederschlagen haben, wären hier zunächst miteinander zu vergleichen, da sie bis in Entscheidungen auf Intensivstationen hinein ihre Auswirkungen zeigen. Diesen letzten Punkt bestätigen auf eindrückliche Weise die Ergebnisse der «Euronic Study Group» in Bezug auf Entscheidungen auf neonatologischen Intensivstationen am Lebensende von Neugeborenen in verschiedenen europäischen Ländern: Es lassen sich veritable nationale Entscheidungsmuster ausmachen, die z. B. zwischen Italien und den Niederlanden signifikante Unterschiede in Bezug auf die Gewichtung von Lebensqualitätskriterien aufweisen. Vorschnelle Übertragungen der niederländischen Erfahrungen auf die Schweiz sollten daher zugunsten einer Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Kontexten vermieden werden.

Zur rechtlichen Neuregelung der Sterbehilfe

Nach langjährigen Diskussionen im niederländischen Parlament wurde im letzten Jahr die bereits seit einigen Jahren bestehende Praxis der ärztlichen Suizidbeihilfe und aktiven Sterbehilfe offiziell geregelt. Seit 1994 bestand eine Übergangsregelung, die durch eine Änderung des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen erreicht wurde (Regelung der Meldepflicht und der Sorgfaltskriterien). Zudem wurde seit 1999 die Melderegelung geändert. Neu war nicht mehr der Staatsanwalt, sondern eine regionale Kommission über die strafrechtlich sanktionierten Handlungen zu informieren und zu dokumentieren.

Neufassung des niederländischen Strafrechts:

Art. 293 nStGB

1. Wer einen anderen Menschen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin tötet, wird mit Gefängnisstrafe bis zu 12 Jahren oder einer Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.
2. Die im ersten Absatz bezeichnete Tat ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen worden ist, der dabei die Sorgfaltskriterien im Sinne von Art. 2

Gesetz über die Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung erfüllt und den kommunalen Leichenbeschauer gemäss Art. 7 Abs. 2 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen informiert.

Art. 294 nlStGB

1. Wer einen anderen Menschen vorsätzlich zur Selbsttötung anstiftet, wird, wenn die Selbsttötung begangen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu 3 Jahren oder Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft.
2. Wer einem anderen Menschen vorsätzlich bei der Selbsttötung behilflich ist oder ihm die dazu erforderlichen Mittel beschafft, wird, wenn die Selbsttötung begangen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu 3 Jahren oder Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft. Art. 293 Abs. 2 gilt entsprechend.

Wie sieht die Neuregelung aus? Zunächst ist zu betonen, dass sowohl die aktive Sterbehilfe als auch die Suizidbeihilfe strafrechtlich verboten bleiben. Werden hingegen drei Bedingungen erfüllt, die neu im Strafgesetzbuch aufgezählt und in einem gesonderten Gesetz zur Lebensbeendigung auf Verlangen («Gesetz über die Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung») genau bestimmt werden, wird von einer Strafverfolgung abgesehen, nämlich dann, wenn 1. Ärztinnen oder Ärzte eine solche Tat begehen, die 2. dabei bestimmte Sorgfaltskriterien einhalten und sich 3. an die Meldepflicht halten. In der Detailregelung fallen insbesondere zwei Möglichkeiten auf: Neu ist es möglich, die Bitte um die Tötung oder Lebensbeendigung durch einen Arzt auch in einer Patientenverfügung festhalten zu können, eine Massnahme, bei

der v. a. an Alzheimer-Kranke gedacht wird; daneben besteht ebenfalls neu die Möglichkeit, dass auch Minderjährige ab 12 Jahren mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten bzw. ab 16 Jahren auch gegen deren Willen um aktive Sterbehilfe bitten dürfen.

Die strafrechtliche Neuregelung betont damit deutlich, dass die beiden umstrittenen Handlungen – im Unterschied zur schweizerischen Regelung und auch dem schweizerischen Reformvorschlag durch die Mehrheit der Expertenkommission des EJPD – ausschliesslich Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden sollen; diese Grundausrichtung der niederländischen Regelung wurde insbesondere durch eine zusätzliche Verschärfung von Art. 294 betont, der die Beihilfe zur Selbsttötung auch bei achtenswerten Motiven für Nicht-Ärzte unter Gefängnisstrafe stellt und wird von den Schweizerischen Sterbehilfeorganisationen selbstverständlich abgelehnt.

Ergebnisse empirischer Studien zur Praxis der Sterbehilfe

Grundlage der Angaben zur Praxis der Sterbehilfe sind zwei grosse nationale Studien, die 1990 und 1995 im staatlichen Auftrag durchgeführt wurden. Die Ergebnisse beruhen zum einen auf Ärzteinterviews und zum anderen auf einer Untersuchung von Todeszertifikaten.

Es zeigte sich, dass bereits 1991 über die Hälfte der niederländischen Ärztinnen und Ärzte eine Tötung auf Verlangen durchgeführt hatten, wobei grosse Unterschiede zwischen einzelnen Ärztegruppen auffallen: Während sich zwei Drittel der Hausärzte bereits an einer aktiven Euthanasie beteiligt hatten (64%), waren es lediglich etwa ein Zehntel der Ärz-

Tab. 1:

Übersicht über medizinische Entscheidungen am Lebensende in den Jahren 1990 und 1995 in den Niederlanden

Medizinische Entscheidungen, die das Lebensende der Patienten betrafen (MDELs*)

	1990	1995	Veränderung
freiwillige aktive Euthanasie («Euthanasia»)	2 300	3 200	+ 900 (+39%)
ärztliche Suizidbeihilfe («Assisted Suicide»)	400	400	± 0
Nichtfreiwillige aktive Euthanasie (LAWER-Fälle**)	1 000	1 000	± 0
Schmerz- oder Symptomtherapie (APS-Fälle+)	22 500	23 000	+ 500 (+2%)
Behandlungsabbruch oder -verzicht (NTD-Fälle++)	22 500	27 500	+ 5 000 (+22%)
Gesamt MDELs*	48 700	55 100	+ 6 400 (+13%)
Gesamt Todesfälle in den Niederlanden	128 800	135 700	+ 6 900 (+5%)

* Medical Decisions Concerning the End of Life (1995: «Medical Practices»)

** Life-Termination Act Without Explicit and Persistent Request

+ Alleviation of Pain and Symptoms

++ Non Treatment Decisions

te von Pflegeheimen (12%). Nur 13% aller Ärztinnen und Ärzte bekannten, sie würden niemals bei einer Tötung mitwirken. Bis 1995 hatten zudem bereits ein Viertel aller Ärzte eine Tötung ohne ausdrückliches Verlangen des betroffenen Patienten (die sogenannte nichtfreiwillige aktive Euthanasie) praktiziert. Weitere 30% äusserten zudem Verständnis für diese Handlungen. Diese Zahlen belegen, dass die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden seit vielen Jahren Teil der gewohnten und öffentlich akzeptierten Berufspraxis vieler Ärztinnen und Ärzte geworden ist.

Zum besseren Verständnis der Resultate der sogenannten «Rommelink-Studie» von 1990 und der «Second Nationwide Study» von 1995 dient der Hinweis, dass hier gemäss niederländischer Sprachregelung unter dem Begriff «Euthanasie» einzig die ärztliche Tötung auf Verlangen oder die freiwillige aktive Euthanasie durch einen Arzt verstanden wird. Alle weiteren hier betrachteten Handlungen, die häufig mit Begriffskombinationen wie «passive Euthanasie», «indirekte Euthanasie» oder «nichtfreiwillige aktive Euthanasie» bezeichnet werden, erhalten im niederländischen Begriffskonzept eine jeweils handlungsspezifische Umschreibung.

Die Übersicht in Tabelle 1 zeigt u. a. die Grössenordnung der Fälle von aktiver Sterbehilfe (1995 insgesamt 3 200 Fälle) und der ärztlichen Suizidbeihilfe (1995 insgesamt 400 Fälle) an. Darüber hinaus wird deutlich, dass mit der Praxis der Tötungen ohne Kenntnis des aktuellen Patientenwillens ein veritables Problem in der Umsetzung der Richtlinien besteht (1995 in 1000 Fällen). Insgesamt wird jedoch sehr deutlich, dass die grosse Mehrheit der Menschen auch in den Niederlanden in Folge von Entscheidungen zur indirekten oder passiven Sterbehilfe sterben, so dass bei aller nötigen Konzentration auf die Frage der ärztlichen Tötung die Verbesserung der Situation dieser Mehrheit nicht aus dem Blick geraten sollte.

Zusätzlich ist von Interesse, dass die Nachfrage nach aktiver Sterbehilfe oder ärztlicher Suizidbeihilfe markant zugenommen hat: Den 25 100 Bitten im Jahr 1990 stehen 34 500 Nachfragen im Jahr 1995 gegenüber, was einer Steigerung um über ein Drittel entspricht. Bei der Anzahl der ausdrücklichen und wiederholten Aufforderungen zur Tötung oder Tötungsbeihilfe ist eine Steigerung um 9% zu verzeichnen, nämlich von absolut 8 900 auf 9 700 Bitten. Diese Angaben belegen, dass die Ärzte in über

der Hälfte der Fälle, in denen Patienten mit einer ausdrücklichen und wiederholten Bitte um Tötung an sie herangetreten sind, diese Hilfeleistung verweigert haben und damit intensiv in den Entscheidungsprozess eingebunden waren.

Schliesslich ist zu beobachten, dass die Meldepraxis der Ärzte, die einen Menschen auf Verlangen getötet oder Suizidbeihilfe geleistet haben, im betrachteten Zeitraum zwar kontinuierlich von 486 auf 1 466 gemeldete Fälle zunahm, dass sich somit jedoch – nach wie vor – der grössere Anteil im unkontrollierbaren Privatbereich zwischen Arzt und Patient abspielte. 1995 wurden rund zwei Fünftel oder 41% der bloss unter Einhaltung der Richtlinien erlaubten Handlungen gemeldet, dagegen blieben 59% der «echten Euthanasiefälle» bzw. Suizidbeihilfen und selbstverständlich auch die gemäss Richtlinien und Strafrecht verbotenen LAWER-Fälle ohne offizielle Meldung. Die Zahlen von 1999 belegen (2 216 gemeldete Fälle), dass hier nur ein unwesentlicher Fortschritt erzielt wurde, obgleich 1998 die erwähnten Lokalkommissionen gegründet wurden. Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, bestanden die Gründe für die mangelnde Meldepraxis in erster Linie in einer Angst vor juristischer Verfolgung und in einem Zugeständnis an die Familie. In einem Drittel der Fälle jedoch waren allerdings auch die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten worden.

Tab. 2:
Gründe der Ärztinnen und Ärzte, sich nicht an die Meldepflicht zu halten (1999)

sich selbst einer juristischen Untersuchung entziehen	55 %
Angst vor Strafverfolgung	36 %
Wunsch der Angehörigen	31 %
die Familie einer juristischen Untersuchung entziehen	30 %
es wurden nicht alle Bedingungen erfüllt	30 %
es handelt sich um eine Sache zwischen Arzt und Patient	12 %
es lag kein ausdrückliches Verlangen vor	5 %
Angst vor Reaktionen der Angehörigen	5 %

Quelle: Gerrit Kimsma, What happens at the end of life in the Netherlands, Vortrag, gehalten am SAMW-Symposium in Bern, 20.10.2000

Was lässt sich zudem über die sogenannten LAWER-Situation herausfinden? – Zunächst ist hier mit Beunruhigung festzustellen, dass ein nicht unwesentlicher Teil dieser Sterbehilfe-Handlungen bei Patienten durchgeführt wurden, die noch entschei-

dungsfähig waren! Dies war 1990 in 37% aller LAWER-Fälle so, 1995 immerhin noch bei jeder fünften Tötung ohne Kenntnis des aktuellen Patientenwillens. Die Herausgeber der «Rommelink-Studie» erklären das Zustandekommen derartiger Entscheidungen mit Hinweis auf unerwartete Veränderungen im Zustand des Patienten, dem manchmal gewünschten ärztlichen Paternalismus auch bei Entscheidungen zur Lebensbeendigung und den zu überwindenden Schwierigkeiten bei einem offenen Gespräch über das nahende Sterben:

«Warum liegt kein ausdrückliches Verlangen des Patienten vor? Die Situation einer Patientin oder eines Patienten kann sich sehr schnell und unerwartet verschlechtern, er oder sie kann entscheidungsunfähig werden, bevor die Möglichkeit bestand, zukünftige Handlungsoptionen zu besprechen. Ein anderer Grund kann darin bestehen, dass ältere Patienten (und deren Ehegatten) von ihrem Arzt erwarten, dass «er schon weiss, was für sie das Beste ist»; in Extremsituationen erwarten vielleicht die Patienten und deren Angehörigen, dass der Arzt wie ein nahestehender und vertrauter Entscheidungsträger handelt, v.a. dann, wenn Arzt und Patient sich bereits seit langer Zeit kennen. Für jüngere Generationen mag dies anders aussehen. Ein dritter Grund könnte darin bestehen, dass es einigen Mut, eine offene Haltung und auch Zeit von Ärzten genauso wie von Patienten erfordert, miteinander über das Sterben zu reden, zumal die Akzeptanz gegenüber der eigenen tödlichen Krankheit und der Möglichkeit, schwere Schmerzen ertragen zu müssen, nur langsam aufkommen oder sich überhaupt nicht einstellen kann.»

Quelle: Lancet 341 (1993) 1196-99, hier: 1198

Die Angaben über die ärztlichen Handlungsmotive für eine nichtfreiwillige Lebensbeendigung in Tabelle 3 zeigen, dass weit vor den Motiven «Schmerzen oder Leiden des Patienten» oder dem «Wunsch des Patienten», die aufgrund der Häufigkeit ihrer Angaben erst an sechster und siebter Stelle erscheinen, Beweggründe wie «keine Aussicht auf Besserung», «die Sinnlosigkeit und Nutzlosigkeit der Behandlung» oder «die Angehörigen konnten es nicht länger ertragen» (v.a. von den Hausärzten genannt, welche in der Regel mit zu Hause Sterbenden konfrontiert sind) genannt wurden. Die Autonomie des Patienten spielt hier im Vergleich zu objektiven Standards der Lebensqualität des Patienten also eine untergeordnete Rolle, was besonders stark für die Praxis der Spezialärzte gilt, weniger hingegen für die Hausärzte. In

einem Fall hat offensichtlich auch das ökonomische Kriterium des Bettenmangels die ärztliche Entscheidung zur Tötung eines Patienten motiviert.

Angaben über die Motive der Patientinnen und Patienten, die um ihre Tötung gebeten hatten (Tabelle 4), zeigen darüber hinaus eines sehr deutlich: Die als unerträglich empfundenen Schmerzen stellen für die Betroffenen lediglich einen Beweggrund neben weiteren dar. Häufiger noch als ihre «Schmerzen» bringen die Betroffenen nämlich die Angst vor dem «Verlust ihrer Würde» als Motiv zum Ausdruck; daneben spielt der Beweggrund «keinen würdigen Tod zu sterben» eine mit der «Unerträglichkeit der Schmerzen» vergleichbare Rolle. Schliesslich ist nicht zu übersehen, dass auch depressive Verstimmungen (hier «Lebensmüdigkeit» genannt) bei immerhin einem Viertel der Betroffenen ein Handlungsmotiv darstellt.

Darüber hinaus bestehen folgende beiden Praktiken: Zum einen hatten bereits über die Hälfte der befragten Neonatologen bzw. rund ein Drittel der befragten Pädiater bis 1995 Medikamente mit der ausdrücklichen Absicht der Lebensbeendigung verabreicht. Betroffen sind hier in erster Linie die schwerstbehinderten Neugeborenen mit sehr geringer Überlebenschance. Diese Zahlen werden auch durch die Ergebnisse der eingangs erwähnten Studie der Euronic Study Group bestätigt. Das heisst, dass Entscheidungen zur Tötung ohne Kenntnis des Patientenwillens auch bei den behinderten Neugeborenen bereits zu einer etablierten Praxis gehört, die im übrigen sowohl von der Rechtsprechung als auch von der öffentlichen Meinung her weitgehend unwidersprochen bleibt.

Eine zweite umstrittene Praxis des assistierten Suizids und der Tötung auf Verlangen betrifft Entscheidungen, bei welchen psychisch kranke Menschen involviert sind. Hier geht es nämlich einerseits um Betroffene ausserhalb der Sterbephase und andererseits um Menschen, bei denen die Freiwilligkeit ihres Sterbewunsches in der Regel besonders schwierig nachzuweisen ist. Das höchste Gericht der Niederlande schuf im Jahr 1994 eine Art Präzedenzfall, insofern entschieden wurde, dass auch starkes psychisches Leiden die aktive Euthanasie und ärztliche Suizidbeihilfe unter Einhaltung der Richtlinien rechtfertige, selbst wenn die Patientin nicht körperlich leide und nicht terminal erkrankt sei. Eine neuere Umfrage unter niederländischen Psychiatern hat nun ergeben, dass in den holländischen Psychiatrien von einer relativ grossen Nachfrage nach assistier-

tem Suizid und aktiver Euthanasie auszugehen ist, diese jedoch nur in den seltensten Fällen tatsächlich durchgeführt werden. Aus der Befragung von 550 Psychiatern lässt sich auf eine landesweite Zahl von rund 320 Fällen schliessen, in welchen Psychiatriepatienten um eine derartige Unterstützung bitten. Diesen Bitten wird de facto jedoch nur in 2% oder 5–10 Fällen im Jahr tatsächlich entsprochen. Die Untersuchung konkreter Fälle ärztlicher Suizidbeihilfen und aktiver Euthanasie zeigt überdies, dass bei vielen derartigen Handlungen eine Kombination von psychischem und physischem Leiden (wie Krebs im Endstadium, Aids, neurologische Erkrankungen) vorgegeben war.

Neuralgische Punkte aus ethischer Sicht

Aus ethischer Perspektive lassen sich die Probleme, die sich aus dieser etablierten Praxis der aktiven Sterbehilfe ergeben, in sieben Punkten zusammenfassen:

1. Das Terminalstadium wurde von Beginn an als Bedingung aufgegeben, das heisst, dass in der niederländischen Sterbehilfepraxis kein Unterschied zwischen Sterbenden und Sterbewilligen gemacht wird. Zu fragen bleibt hier, ob diese Entscheidung angesichts der schwierig zu bestimmenden Terminalphase angebracht und erwünscht war oder ob hier bereits eine erste Ausweitung vorliegt, die in ihren Konsequenzen unerwünscht ist.
2. Die Ausweitung auf die nichtfreiwillige aktive Euthanasie (LAWER-Fälle): Die hohe Zahl der Tötungen ohne Kenntnis des aktuellen Patientenwillens lässt sich zwar aus ärztlicher Perspektive nachvollziehen (warum sollte ein Arzt einem Patienten einen Liebesdienst vorenthalten, nur weil dieser sich nicht mehr zu äussern vermag?), bleibt jedoch aus ethischer Sicht höchst umstritten; insbesondere stellen sich Fragen hinsichtlich der praktischen Umsetzung schriftlich verfügbarer Sterbewünsche von dementen Patientinnen und Patienten (mögliche Änderung der Einstellung, Zeitpunkt der Tötung, soziale Folgen bei unterschiedlicher Belastung der Krankenkassen etc.).
3. Die schwierigste Frage aus ärztlicher Sicht besteht in einer klaren Definition von «unerträglichem Leiden»: Sind physisches, psychisches und auch soziales Leiden gleich zu gewichten und zu beantworten? Wie ist dann eine willkürliche Ausweitung der Sterbehilfepraxis zu verhindern?
4. Die aktive Sterbehilfe bei Neugeborenen ist grundsätzlich sehr fraglich und keinesfalls mit

Bezug auf das zentrale Argument der Sterbehilfe-Befürworter, nämlich der Autonomie des Patienten, zu beantworten.

5. Seit einiger Zeit wissen wir zudem von einer Reihe praktischer Probleme bei der Ausführung des assistierten Suizids und teilweise auch der Tötung auf Verlangen: Offensichtlich verläuft eine schmerzlose Tötung nicht immer nach Wunsch und stellen sich Fragen in bezug auf die Kompetenz der Ärzteschaft. Sollten Medizinstudierende im Rahmen ihrer Ausbildung die Suizidbegleitung einüben, wie es Sherwin Nuland gefordert hat?
6. Im Hinblick auf die mangelnde Umsetzung der Meldepraxis bleibt zu fragen, inwieweit eine staatliche Kontrolle des ärztlichen Handelns überhaupt umgesetzt werden kann, ohne dabei die Intimsphäre des Sterbenden zu verletzen.
7. Schliesslich stellt sich angesichts der hohen Zahl der abgelehnten Bitten um eine schmerzlose Lebensbeendigung aus Patientenperspektive die Frage, ob die Entscheidungsmacht der Ärzteschaft nach der Strafbefreiung der aktiven Sterbehilfe nicht viel grösser ist als zuvor. Ist dadurch das Hauptanliegen, nämlich die Förderung der Patientenautonomie, nicht gefährdeter als zuvor?

Resümee

Kann die niederländische Regelung als Vorbild für eine Schweizerische Lösung dienen? Neben der Tatsache, dass zunächst die unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexte zu gewichten wären, bevor ein Vergleich möglich und sinnvoll wird, geben die aufgeführten Folgeprobleme in den Niederlanden zumindest stark zu denken. Die Auseinandersetzungen um eine schweizerische Regelung sollten sich zumindest diesen neuralgischen Punkten stellen und – im Gespräch mit niederländischen Experten – nach einer angemessenen Antwort auf diese suchen.

Was bringt eine Politisierung der Debatte in der Schweiz? Die Chance einer offenen politischen Debatte, wie sie im Dezember letzten Jahres im Nationalrat stattgefunden hat, besteht ohne Zweifel in der Schaffung von Transparenz in bezug auf eine Praxis, über deren Realität in der Schweiz wir sehr wenig wissen. Dagegen liegt eine Gefahr in der Polarisierung der Debatte nach dem Links-Rechts-Schema (wie es in der Abstimmung über die Parlamentarische Initiative Cavalli zur Neuregelung der Sterbehilfe im Nationalrat geschehen ist, insofern primär nach Parteibuch und erst sekundär nach persönlicher Meinung votiert wurde).

Worin bestehen unsere Aufgaben hier in der Schweiz? Wir können von Anderen lernen, bei uns selbst genauer hinzuschauen, d. h. uns sowohl über das Sterben in unseren Heimen und Spitälern näheren Aufschluss zu vermitteln als auch über die unterschiedlichen Vorstellungen von einem guten Sterben miteinander ins Gespräch zu kommen. Statt der Illusion zu verfallen, menschliche Probleme seien letztlich mit technischen Mitteln zu lösen, sollten wir versuchen, uns über Wünsche und Nöte angesichts des Sterbens zu verständigen und nach Wegen zu einem humanen Sterben zu suchen.

Markus Zimmermann-Acklin,
Dr. theol., Universität Luzern,
Institut für Sozialethik

Literaturhinweise

- Gordijn, Bert/ ten Have, Henk (Hrsg.), Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden, Stuttgart/ Bad Cannstatt 2000
- Holderegger, Adrian (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg i.Ue./ Freiburg i.Br. 2000 (2. Aufl.)
- Mettner, Matthias (Hrsg.), Wie menschenwürdig sterben? Zur Debatte um die Praxis der Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbegleitung, Zürich 2000
- Zimmermann-Acklin, Markus, Das niederländische Modell – ein richtungsweisendes Konzept?, in: Holderegger Adrian (Hrsg.). Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg i.Ue./ Freiburg i.Br. 2000 (2. Aufl.), 345-364

Tab. 3:

Motive der Ärztinnen und Ärzte im Jahr 1990, eine nichtfreiwillige Tötung (LAWER) durchzuführen (Angaben in Prozent, wobei mehr als eine Antwort möglich war):

Motive, die genannt wurden	Allgemeinpraktiker (n=45)	Spezialisten (n=47)	Total* (n=97)
keine Aussicht auf Besserung	62	54	60
weitere medizinische Therapien waren sinnlos	36	54	39
keine unnötige Lebensverlängerung	33	32	33
die Angehörigen konnten es nicht länger ertragen	40	7	32
niedrige Lebensqualität	31	26	31
Schmerzen oder Leiden des Patienten	33	21	30
der Wunsch des Patienten	20	8	17
trotz abgebrochener Therapie lebte der Patient weiter	2	7	3
ökonomische Gründe (z.B. Bettenmangel)	-	2	1
andere	-	2	1

* Die Meinungen der Ärzte von Pflegeheimen (n=5) werden nicht separat aufgeführt, jedoch im Total berücksichtigt.

Tab. 4:

Angaben der Ärztinnen und Ärzte über die Motive ihrer Patienten, die im Jahr 1990 um aktive Euthanasie gebeten hatten (Angaben in Prozent, es war mehr als eine Antwort möglich)

von den Patienten am häufigsten genannte Motive	Allgemeinpraktiker (n=94)	Spezialisten (n=87)	Total* (n=187)
-Verlust der Würde	61%	46%	57%
-Schmerzen	46%	47%	46%
-keinen würdigen Tod sterben	47%	46%	46%
-Abhängigkeit	35%	23%	33%
-Lebensmüdigkeit	25%	16%	23%

* Die Meinungen der Ärzte von Pflegeheimen (n=6) werden nicht separat aufgeführt, jedoch im Total berücksichtigt.