

# Persönliche Stellungnahme zur Frage: Palliation versus Freitodbegleitung?

Ruedi Böni

*En médecine et en amour,  
ne dites ni jamais ni toujours*

**Résumé.** Vivre et mourir se déroule en trois dimensions. Il y a la mort somatique, la mort psychique et la mort sociale. En tant que médecin, je me place en principe au service du maintien de la vie. Mais quand puis-je au contraire me placer aussi au service de la mort, quand la frontière de la thérapie causale est-elle atteinte? Comment dois-je me comporter lorsqu'un état du patient et de son entourage n'est plus considéré comme valant la peine d'être vécu?

Dans l'espace linguistique germanique, l'euthanasie est une notion qui a plusieurs sens (peut-être se mettra-t-on une fois d'accord sur une classification). Dans mon article, il s'agit seulement du problème de l'accompagnement à la mort volontaire, autrement dit d'aide au suicide. A mon avis cela représente sans autre une partie de notre activité médicale. Les présupposés en sont bien sûr la liberté et le respect mutuel de toutes les personnes concernées, avec au premier rang l'autonomie du patient.

Les idéologies fondamentalistes dans les deux directions ne sont pas d'un grand secours. Dans chaque cas, il s'agit de se placer dans la situation individuelle concrète puis de prendre une décision responsable – d'exercer chacun *sa responsabilité personnelle*.

Palliative Care se définit comme l'ensemble de tous les efforts d'assistance au patient moribond, pour lui permettre de vivre dignement son ultime phase d'existence et autant que possible de disposer librement de lui-même. Socialement, la médecine s'occupe à reconquérir la mort. Je ne puis me défaire de l'impression que parfois un désir de toute-puissance médicale se cache là-dedans («sans doute, la médecine surmonte tous les problèmes»). Soyons pourtant ouverts aux problèmes des humains qui ne veulent pas vivre plus longtemps.

*En médecine et en amour,  
ne dites ni jamais ni toujours*

**Zusammenfassung.** Leben und Sterben spielt sich in drei Dimensionen ab. Es gibt den somatischen, den seelischen und den sozialen Tod. Als Arzt stelle ich mich prinzipiell in den Dienst der Erhaltung des Lebens. Wann darf ich mich aber auch in den Dienst des Sterbens stellen, wann ist die Grenze der kausalen Therapie erreicht? Wie soll ich mich verhalten, wenn ein Zustand vom Patienten und seiner Umgebung als nicht mehr lebenswert betrachtet wird?

Euthanasie ist im deutschsprachigen Raum ein mehrdeutiger Begriff (vielleicht einigt man sich einmal über die Klassifikation). In meinem Beitrag geht es konkret nur um Probleme der Freitodbegleitung, also Beihilfe zum Suizid, welche nach meinem Dafürhalten durchaus einen Teil unserer ärztlichen Tätigkeit darstellt. Die Voraussetzungen dazu sind allerdings Freiheit und gegenseitiger Respekt aller Beteiligten, wobei die Patientenautonomie Vorrang erhält.

Fundamentalistische Ideologien in beiden Richtungen helfen wenig. Es gilt in jedem Fall sich der konkreten individuellen Situation zu stellen und dann verantwortlich – ein jeder in *seiner persönlichen Verantwortung* – zu entscheiden.

Palliative Care definiert sich als die Gesamtheit aller Bemühungen, einem sterbenskranken Patienten beizustehen, ihm zu ermöglichen, seine letzte Lebensphase würdig und auch möglichst selbstbestimmt zu erleben. Die Medizin ist gesellschaftlich daran, sich das Sterben zurück zu erobern. Ich werde den Eindruck nicht los, dass manchmal ein medizinischer Allmachtsanspruch («die Medizin beherrscht ja bekanntlich alle Probleme») dahinter steckt. Seien wir doch offen für die Probleme der Menschen, welche nicht mehr länger leben wollen.

Die Grundfrage ist einfach: darf ich als verantwortlicher Mensch meinem Leben selber ein Ende bereiten – und zwar zu dem bestimmten Zeitpunkt, an welchem ich will? Darauf wird die fundamentalistische Antwort lauten: nein, denn Du hast Dein Leben als Geschenk Deines Schöpfers erhalten. Für den Agnostiker ist das Leben ein selbst zu verantwortendes Gut. Als gläubiger Mensch kann ich argumentieren, dass mir der Schöpfer

fer – neben dem Leben an sich – auch die notwendige Verfügungsfreiheit über mein eigenes Leben gegeben hat.

Leben und Sterben vollzieht sich im gesellschaftlichen Kontext, d.h. es betrifft nie nur mich allein, sondern auch meinen Partner, die engere und weitere Familie, sowie Berufskollegen, Freunde und Nachbarn. Beim Sterben sind alle den Patienten direkt betreuenden Personen belastet, von den Pflegenden, Seelsorgenden und Ärzten bis hin zur Putzfrau.

Bestimmte Ereignisse und Erfahrungen in meinem Leben haben mich überzeugt, dass ich – trotz Festhaltens am Begriff der prinzipiellen Unantastbarkeit des Lebens – Beihilfe zum Freitod leisten darf. Meines Erachtens ist es auch Teil unserer ärztlichen Tätigkeit und nicht «nur» eine mitmenschliche Tat. Bei solch schwerwiegenden Entscheidungen gilt es vor allem, die für den Einzelfall richtige und gute Lösungen zu finden. Prinzipiell liegt die Verantwortung beim betroffenen Menschen selber. Wenn aber dieser Mensch eine Beihilfe zur Selbsttötung verlangt, so kann ihm seine Umgebung nur nach reiflicher Erwägung der Umstände und Absprache mit allen Betroffenen helfen.

Zur Vermeidung von Missverständnissen will ich als erstes zeigen, was ich als Grundsatz des Arzt-Berufes, der Arzt-Berufung betrachte. Zweitens werde ich definieren, was für mich Christsein bedeutet.

**1. Zwei alte ethische Normen ärztlichen Tuns** lauten: – «Salus aegroti suprema lex», und – «Primum nil nocere», übersetzt: – «Das Wohlergehen Deines Patienten sei das oberste Gebot», und – «Vor allem nicht schaden». Als Arzt habe ich dem Patienten gegenüber grundsätzlich die sogenannte Garantenpflicht wahrzunehmen, also primär alles vorzukehren, was der Erhaltung seines Lebens und seiner Gesundheit dient. Zu diesen alten Normen kommt der wichtigste Grundsatz aus der Allgemeinmedizin, nämlich «das abwartende Offenlassen». Das bedeutet, dass der Arzt vorerst nur begleitend und beobachtend den Verlauf der Dinge abwarten und niemals einen übereilten Entscheid treffen soll. Nur dort, wo ein notwendiger Entscheid getroffen werden muss, soll man entschieden und sofort eingreifen. Dieses «Erkennen und fachgerechte Behandeln lebensgefährlicher Verläufe» ist die zweite wichtige Aufgabe.

Im ärztlichen Alltag bekommt aber eine andere Seite viel mehr Gewicht. nämlich das langfristige, geduldige Begleiten eines Menschen in seinem durch Krankheit oder andere Behinderung eingeschränkten Lebens. Letztlich gehört dazu die innere Erkenntnis (von Patient und Arzt), dass auch ein krankes und behindertes Leben schön und erfüllt sein kann. Wie oft habe ich selber, gerade am Beispiel meiner Chronisch-Kranken gelernt, wie man mit Verlusten im Leben sinnvoll, nach deren Verarbeitung sogar glücklich leben kann. Im Idealfall steht die Begleitung im Sterben erst am Ende einer oft jahrelangen Arzt-Patientenbeziehung.

Sterben ist allerdings häufig, wie so vieles andere im Leben auch, mit körperlichen und seelischen Schmerzen verbunden. Wenn wir aber gelernt haben unser vorhergegangenes Leben mit allen seinen Freuden und Unzulänglichkeiten zu akzeptieren, so wird auch der Tod meist als Erlösung und nicht als Unrecht oder Not empfunden. Beim Sterben dürfte die wesentliche Aufgabe des Arztes wohl darin bestehen, das naturgemässe Schicksal medizinisch nicht mehr zu behindern, wohl aber dem Patienten und seiner Umgebung mit seinem Wissen, Können und aller Empathie zur Seite zu stehen.

Noch ein Wort zum sogenannten Hippokratischen Eid, weil in der öffentlichen Diskussion gelegentlich darauf hingewiesen wird. Dieses «Ich werde keinem meiner Patienten ein tödliches Gift verabreichen» würde einem absoluten Tötungsverbot durch einen Arzt entsprechen. Wie bei allem Überlieferten muss man bei Interpretationen von Übersetzungen aus dem Altertum sehr kritisch vorgehen. Die heutige Beurteilung dieses Passus aus den hippokratischen Schriften besagt, dass ein Arzt seinem Patienten «gar nie im Auftrag einer anderen Person oder (öffentlichen) Institution ein giftiges Mittel» abgeben wird. Es handelt sich also um den ganz verbindlichen Auftrag an den Arzt, allein und nur im Interesse der Person seines Patienten zu handeln. Das ist wahrhaftig ein hochmodernes Postulat des Patientenschutzes und der Respektierung des ausgedrückten Patientenwillens!

**2. Was bedeutet für mich Christ sein:** Es bestehen sehr viele verschiedene Vorstellungen über Religiosität. Deshalb möchte ich kurz versuchen, meine Haltung darzustellen.

Ich bin ein jetzt 72jähriger Mann mit liberaler evangelisch-reformierter Grundhaltung. Vielleicht kann ich von mir behaupten, dass ich mich – meist täglich neu – darum bemühe, den (hauptsächlich in der Bibel überlieferten) Gleichnissen und Weisungen von Jesus nachzuleben. Das Bewusstsein meiner eigenen menschlichen Unvollkommenheit befreit mich dabei vor Überheblichkeit, denn kein Mensch kann die Wahrheit genau wissen. Andererseits ermutigt mich die Verheissung der Vergebung und der Gnade zum täglichen Neuanfang. Es geht also nicht um das Einhalten irgendeiner kirchlichen Tradition oder Norm und schon gar nicht um ein Übernehmen enger dogmatischer Vorschriften oder starrer Verpflichtungen. Nein, mir geht es um den Versuch, das befreiende Doppelgebot der Gottes- und der Menschenliebe im «Hier und Jetzt» umzusetzen.

Keine Religion kann fertige Regeln für heutige Probleme abgeben. Das Christentum übermittelt aber zwei sehr hilfreiche Grundsätze zur Gestaltung eines menschenfreundlichen Daseins, nämlich:

1. den absoluten Respekt vor und die Liebe zu meinem Schöpfer und seiner Schöpfung.
2. Meinem Mitmenschen habe ich als Gleichwertigem und Gleichberechtigtem, mit demselben Respekt zu begegnen, wie mir selber. So wird dieser zum Vergleichsmass meines Daseins und zur Richtschnur meines eigenen Verhaltens.

**3. Mein eigentliches Anliegen:** Für mich geht es nicht an, Palliation gegen Euthanasie auszuspielen. Hier gilt kein «entweder-oder» sondern nur das «sowohl-als-auch». Einer Freitodbegleitung hat immer genügend gute medizinische Behandlung vorauszugehen, denn dies ist oft auch «Notwendend». Eine eingehende Betreuung der Angehörigen und des ganzen sozialen Umfeldes gehört auch dazu. Das ist eine Binsenwahrheit, welche wir Ärzte aus der Behandlung der Chronisch-Kranken gut kennen.

Nun gibt es aber einfach Fälle, in welchen trotz guter und wirksamer Bemühungen nur der selbstgewählte Tod die Befreiung aus sonst nicht behebbarer Not bedeutet. Dürfen wir Ärzte, darf die Gesellschaft einen solchen Wunsch aus berufsethischen oder weltanschaulichen Gründen kategorisch ablehnen? Leben ist an sich heilig, ja – und nochmals ja.

Aber es ist Gottseidank von der Natur her auch begrenzt.

Dabei sei unbestritten: Leiden gehört zum Leben. Es ist oft eine der Voraussetzungen für eine notwendige Reifung, zum Wachsen in unserer menschlichen Existenz. Aber es ist nicht einzusehen, weshalb ein Mensch um des Überlebens willen allein leiden müsste.

Aus meiner Erfahrung heraus weiss ich, dass kein mitfühlender Arzt seine Patienten willkürlich leiden lässt. Angehörige beklagen sich zwar oft, dass der Doktor oder das Spital viel zu viel getan habe, anstatt die Patienten friedlich sterben zu lassen. Gerade aber hier wird oft verkannt, dass lebensbedrohende, medizinische Krisen Übergangssituationen sind, in welchen man vorerst noch nicht genau weiss, wie es ausgehen wird. Auch für erfahrene Mediziner ist es nicht leicht abzugrenzen, wo und wann man wegen möglicher Überlebenshoffnung weiter kämpfen muss und wo man mit einer lebenserhaltenden Behandlung aufhören kann, das Sterben also zulassen, allenfalls sogar fördern darf. Solche Situationen können für Patienten bedeuten, dass sie eine eventuell unnötige, leidvolle Zeit durchstehen müssen. Dies ist aber schicksalsmässig bedingt und nicht durch den schlechten Willen der Ärzte und/oder des Pflegeteams. Gerade in solchen Krisensituationen helfen aber gut formulierte Patientenverfügungen Unklarheit in Bezug auf Pflegewunsch respektive Lebenserhaltung zu beseitigen. Kein Patient muss gegen seinen Willen künstlich am Leben erhalten werden. Passive Euthanasie ist auch nicht mit ethischen Problemen belastet.

Natürlich sind wir heute in der gefährlichen Lage des Homo faber, der über alles und jedes im Leben nur nach seinem eigenen Willen und Wohlergehen bestimmen will – oder auch zu bestimmen vermeint. Diese Situation trifft allerdings nur für den vertechniserten und materiell reichen Teil unserer Weltkugel zu.

Auch das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Tod hat seine klaren Grenzen. Diese ergeben sich einerseits aus gesellschaftlichen und ethischen Richtlinien. Andererseits leiten sie sich aus der biologischen Tatsache ab, dass der Mensch als hilfsbedürftiges Wesen (= mehrjähriger Nesthocker) geboren wird. Er kann nur im sozialen Verband leben und überleben. Deswegen ist er dem

Kollektiv gegenüber verantwortlich, auch über seine nur persönlich begründeten Entschiede. Trotzdem bleibt der Mensch in seinen persönlichen Entscheidungen frei, so lange er niemandem mit seinem Verhalten schadet.

Zum Schluss möchte ich auf zwei mir ganz wichtig scheinende Punkte hinweisen.

Erstens: Den Schutz der Persönlichkeit. Der absolute Schutz der Privatsphäre ist im Sterben noch wichtiger als im übrigen Leben,

wobei auch die Verwandtschaft und nähere Umgebung eines Patienten mit einbezogen sind.

Zweitens: Nur die Verhinderung allfälliger Missbräuche der Euthanasie ist Aufgabe des Staates. Wir brauchen keinesfalls juristische Bevormundung, sondern nur einen weiten Raum der individuellen Entscheidungsfreiheit und des verantworteten Selbstbestimmungsrechtes.

## Cyberslang für jedermann

Silva Keberle

In dieser Kleinstrubrik veröffentlicht PrimaryCare die bekanntesten Kürzel, die im E-mail-Verkehr und vor allem in Chatgroups Anwendung finden. CU!

### H

<b>hand</b>	Kurz für <i>have a nice day</i> , ich wünsche Dir einen schönen Tag.	<b>hth</b>	Kurz für <i>hope that helps</i> , hoffe, das hilft.
<b>hant</b>	Kurz für <i>have a nice time</i> , ich wünsche Dir eine schöne Zeit.	<b>HTML</b>	Kurz für <i>Hypertext Markup Language</i> , die Beschreibungssprache des Internet.
<b>hf!</b>	Kurz für <i>have fun!</i> , viel Spaß!	<b>HTTP</b>	Kurz für <i>Hypertext Transfer Protocol</i> , Standard zur Übertragung von www-Seiten im Internet.
<b>hhoj</b>	Kurz für <i>ha ha, only joking</i> , ha ha, (ich) habe nur einen Witz gemacht.	<b>HUP</b>	Kurz für <i>Hang Up</i> , auflegen (Telefonhörer).
<b>hih</b>	Kurz für <i>hope it helps</i> , hoffe, es hilft.		
<b>hsik</b>	Kurz für <i>how should I know?</i> , wie soll ich das wissen?		

## Apropos

Die Ärzte sollten mehr zusammen reden und weniger Schwarzpeter spielen als in den letzten Jahren. Die Bereitschaft der Ärzteschaft, Probleme nicht zu verschleppen, sollte grösser werden.

Ruth Dreifuss, Bundesrätin, in ihrem Referat, an der SGAM-Kadertagung auf dem Bürgenstock / SK