

NZZ online, 17.09.2020

## **Medizinethiker warnt vor zu rascher Suizidhilfe: «Vielleicht warten die Erben sehnlichst auf das Geld und üben subtilen Druck aus»**

*Manuel Trachsel hat als Ethiker in Zeiten der Pandemie alle Hände voll zu tun. Doch viele heikle Fragen beschäftigen ihn auch langfristig – etwa die Grenzen von Patientenverfügungen oder Sterbehilfe für psychische kranke Menschen.*

Interview: Kathrin Alder, Simon Hehli

### **Herr Trachsel, die Corona-Krise ist ein Stresstest für das ganze Gesundheitswesen. Was sind für einen Medizinethiker die kniffligsten Fragen?**

Manuel Trachsel: In einigen Spitälern kommt es zur Situation, dass Covid-19-Patienten mit schlechter Prognose während Wochen auf der Intensivpflegestation liegen und die Betten knapp werden, so dass sich die Verantwortlichen aus ethischer Sicht fragen müssen, wen sie nicht mehr weiterbehandeln können. Bei einigen Personen sind Lunge oder andere Organe so stark geschädigt, dass sie schwer beeinträchtigt bleiben, auch wenn sie überleben. Kurz: Eine der kniffligsten Fragen scheint mir die gerechte Allokation von begrenzten Ressourcen. Solche schwierigen Fragen gehören aber natürlich auch in Nicht-Pandemie-Zeiten zum Alltag von uns Medizinethikern.

### **Was tun Ärzte in einer solchen Situation?**

Im Optimalfall wissen die Behandlungsteams vor Eintritt in die Intensivstation, was die Patienten selber wünschen. Denn beim Eintritt ins Spital wird bei jedem Patienten geklärt, welchen Formen von lebenserhaltenden Massnahmen er zustimmt und welchen nicht.

### **Bei einer so unberechenbaren Krankheit wie Covid-19, über deren Verlauf man noch wenig weiss, ist es doch schwierig, alle möglichen Szenarien vorwegzunehmen.**

Es geht auch mehr darum, die Grundwerte eines Patienten zu erfahren:

Wie wichtig ist für jemanden zum Beispiel die reine Lebensdauer? Wie wichtig ist dabei die Lebensqualität? Will jemand möglichst lange bei Bewusstsein bleiben, oder steht die Schmerzlinderung im Vordergrund? So lassen sich verschiedene Szenarien abdecken.

**Und wenn ein Patient um jeden Preis am Leben bleiben möchte, müssen sich die Ärzte danach richten?**

Nein, nur wenn eine Behandlung auch wirksam und zweckmässig ist. Wenn diese Kriterien nicht erfüllt sind, kann ein Patient eine Behandlung nicht ultimativ einfordern. Lebenserhalt um jeden Preis, das ist passé. Aber natürlich sollen Ärzte die Patienten in Entscheidungen mit einbinden oder, wenn sie nicht bei Bewusstsein sind, deren Angehörige. Es geht dabei aber nie darum, was die Familienmitglieder für richtig halten, sondern was der mutmassliche Wille des Patienten ist.

Wir hätten eher erwartet, dass ein anderes Thema eine Knacknuss für die Ethiker war: die Idee, bei einer Knappheit der Plätze auf den Intensivstationen nur noch diejenigen unter 80 Jahren zu behandeln. Zum Glück war diese Debatte bisher, zumindest in der Schweiz, eine rein theoretische. Die Plätze reichten für alle Covid-19-Patienten aus.

**Wäre es im äussersten Krisenfall denn legitim, die Ältesten sterben zu lassen, um Jüngere zu retten?**

Nein. Ein künstlicher «Cut-off» beispielsweise bei 80 Jahren für die Zuteilung eines Intensivpflegebetts als eines knappen Gutes lässt sich aus ethischer Sicht nur sehr schwer rechtfertigen, es wäre eine offensichtliche Altersdiskriminierung. Wäre ich 81 und abgesehen von Covid-19 kerngesund, würde ich mich zu Recht beschweren, wenn ich kein Intensivpflegebett bekäme, ein schwerkranker 70-Jähriger aber schon.

**Einen Boom erleben derzeit die Patientenverfügungen. Garantiert ein solches Dokument wirklich, dass man eine Behandlung, die man nicht will, auch nicht erhält?**

Das wäre der Zweck der Patientenverfügung. Wenn darin steht, dass jemand keine lebensverlängernden Massnahmen will, dann müssen sich die Ärzte daran halten. Aber ganz so einfach und klar, wie sich das viele Leute vorstellen, ist es dann doch nicht.

## **Wieso nicht?**

Manchmal lassen sich Patienten mit ganz simplen Massnahmen retten. Ein Beispiel: Eine Frau hat eine Lungenentzündung, nimmt zu wenig Sauerstoff auf und wird bewusstlos. Strenggenommen gilt nun ihre Patientenverfügung, in der steht: «keine lebensverlängernden Massnahmen». Bekäme die Frau ein Antibiotikum, wäre sie nach einigen Tagen wahrscheinlich wieder gesund. In einem solchen Fall würden wohl die meisten Ärzte denken, dass das, was in der Patientenverfügung steht, unverhältnismässig ist – und das Medikament verabreichen. Ein anderes Beispiel ist ein Schlaganfall. Wenn der Arzt schnell handelt, sind die Chancen oft gross, dass der Patient ohne bleibende Schäden davonkommt. Wenn die Patientenverfügung aber jeden Eingriff verbietet, gerät der Arzt in ein klassisches ethisches Dilemma: Er muss entweder auf die bestmögliche medizinische Intervention verzichten und damit das ethische Prinzip der Fürsorge verletzen – oder den expliziten Willen der betroffenen Person missachten und damit das ethische Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung verletzen.

## **Da gibt es auch eine juristische Komponente: Ein Patient könnte den Arzt einklagen, wenn sich dieser über die Verfügung hinwegsetzt.**

Unter den Ärzten gibt es eine gewisse Angst, dass das passieren kann. Schliesslich gibt es noch keinen Entscheid des Bundesgerichts, der Rechtssicherheit geben würde. Meines Wissens wurde in der Schweiz bis jetzt aber noch kein Arzt verurteilt, weil er sich für lebenserhaltende Massnahmen entschieden hat. Um zum Beispiel mit der Lungenentzündung zurückzukommen: Es wäre für den Arzt wohl riskanter, nichts zu tun, als dem Patienten das Antibiotikum zu verabreichen.

## **Als Medizinethiker befassen Sie sich intensiv mit der Frage der Sterbehilfe, die in der Schweiz ziemlich liberal geregelt ist. Zu liberal?**

Nein. Rechtlich ist die Beihilfe zum Suizid im Strafgesetzbuch tatsächlich nur minimal geregelt: Sie ist dann straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Doch andere essenzielle Fragen beantwortet das Gesetz nicht. Warum etwa müssen ausgerechnet die Ärzte als «Gatekeeper» beim assistierten Suizid fungieren, wenn ihre primäre Aufgabe traditionell doch darin besteht, Leben zu retten? Vielen Ärzten

bereitet es Mühe, jemandem ein todbringendes Medikament zu verschreiben, auch wenn sie den Wunsch nach einem frühzeitigen Tod verstehen.

### **Gäbe es eine andere Lösung?**

In den Niederlanden und in Belgien etwa hat man dafür eine separate Institution geschaffen. Dadurch wird die Ärzteschaft entlastet.

### **Und die Schweiz soll sich daran ein Beispiel nehmen?**

Ja, das wäre sinnvoll. Im Moment ist es in der Schweiz so, dass irgendein Arzt das Betäubungsmittel verschreiben und ein Apotheker es abgeben muss. Das tun nur wenige. Auch muss ein Gutachten zur Urteilsfähigkeit eines Sterbewilligen vorliegen.

Doch es ist unklar, ob die Mehrzahl dieser Gutachten den heutigen Qualitätsanforderungen an ein professionelles Gutachten standhält. Ich wäre dafür, dass der Prozess und die Anforderungen transparenter geregelt und dokumentiert werden; auch zum Schutz der Sterbewilligen.

Es gibt ja durchaus Richtlinien, nämlich jene der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Diese sehen vor, dass jemand, der unerträglich leidet, Sterbehilfe erhalten kann. Lässt sich diese «Unerträglichkeit» überhaupt objektiv feststellen?

Um etwas klarzustellen: Es gibt in der Schweiz keinen Anspruch auf Beihilfe zum Suizid. Aber Ärzte dürfen – sofern bestimmte Kriterien erfüllt sind – Suizidhilfe leisten. Zu diesen Kriterien gehört das unerträgliche Leiden, das subjektiv ist. Würde man es als einziges Kriterium anwenden, müsste man in der Konsequenz tatsächlich gar nichts mehr abklären und könnte einfach das Rezept ausstellen. Am Ende würde alleine der Patient entscheiden. Schliesslich kann ihm niemand nachweisen, dass er nicht unerträglich leidet.

### **Wäre das so schlecht? Jede Person weiss doch selber am besten, was gut für sie ist.**

Das unerträgliche Leiden darf nicht das einzige Kriterium sein. Es muss zusätzlich mindestens geklärt werden, ob der Patient urteilsfähig ist oder nicht. Jemand in einer schweren depressiven Phase etwa leidet unerträglich und hat oft Suizidgedanken. Es wäre ein fataler Fehler, wenn man solchen Plänen oder Impulsen einfach so nachgeben würde.

### **Und was ist mit einem Leiden, das über Jahre dauert?**

Wenn jemand eine schwere metastasierende Tumorerkrankung hat, keine Behandlung mehr hilft und der Patient sowieso am Lebensende steht, dann wird der Entscheid zur Suizidbeihilfe breit akzeptiert. Viel kontroverser wird dies aber bei psychischen Erkrankungen diskutiert. Wurde jemand jahrelang und nach allen Regeln der Kunst gegen Depressionen behandelt, doch nichts davon hat geholfen, ist er dann behandlungsresistent? Bestimmt gibt es irgendwo einen Psychiater, der überzeugt ist, er könne dem Patienten doch noch helfen.

### **Was sagen Sie als Medizinethiker dazu?**

Wenn wir zu liberal sind, besteht das Risiko, dass gewisse Personen sterben, obwohl man ihr Leiden erfolgreich hätte behandeln können. Wenn wir zu konservativ sind, haben wir das Problem, dass Leute, die unerträglich leiden, keinen Zugang zu assistiertem Suizid haben. Es ist der alte Prinzipienkonflikt in der Medizinethik: Selbstbestimmung contra Schutz.

### **Das ist noch keine klare Antwort.**

Wenn eine Person mit psychischer Erkrankung erstens unerträglich leidet, zweitens entweder eine Behandlungsresistenz vorliegt, die gesichert ist, oder die Person überzeugend darlegen kann, dass eine weitere Behandlung für sie unzumutbar ist, und drittens ihre Urteilsfähigkeit als gegeben erachtet wird: Dann soll die Person aus meiner Sicht Suizidhilfe in Anspruch nehmen dürfen. Der Wunsch muss zusätzlich dauerhaft sein und nicht aus einer Laune heraus erfolgen.

### **Was ist mit älteren Personen, die einfach lebensmüde sind und einen sogenannten Bilanzsuizid begehen wollen?**

Dann muss man wohl einige Fragen stellen: Wieso möchte jemand aus dem Leben scheiden? Weil er seinem Umfeld keine Bürde sein möchte? Weil er sich schuldig fühlt, alt und vielleicht pflegebedürftig zu sein? Sind das überhaupt legitime Gründe für einen Bilanzsuizid? Vielleicht warten aber auch die potenziellen Erben sehnsüchtig auf das Geld und üben subtilen Druck aus?

### **Das lässt sich doch kaum herausfinden.**

Das ist vielfach so. Gerade deshalb würde ich beim Wunsch nach einem

assistierten Bilanzsuizid für besondere Vorsicht plädieren.

Für den modernen, an Selbstbestimmung gewohnten Menschen ist es eine Horrorvorstellung, an Demenz zu erkranken. Daher scheiden viele aus dem Leben, solange sie noch einen klaren Geist haben – also meist in einem Zustand, den sie noch als lebenswert erachten.

### **Können wir das als Gesellschaft zulassen?**

Was wäre denn die Alternative? Wir können diese Art von Suiziden zwar nicht vollständig verhindern, wenn Personen sich mit ihrem Sterbewunsch niemandem anvertrauen. Sterbewilligen Personen, die dieses Thema ansprechen – sei es privat oder gegenüber Gesundheitsfachleuten –, kann man jedoch ein offenes Gespräch anbieten, in dem unter anderem darauf hingewiesen werden kann, dass ein Leben mit Demenz kein lebensunwertes Leben bedeuten muss. Zu beachten gilt auch, dass Demenzerkrankungen nicht immer linear und auch unterschiedlich schnell verlaufen.

### **Gibt es denn keine Möglichkeit, in einer Patientenverfügung quasi präventiv auch die Euthanasie zu regeln? Gerade Demenzkranke könnten so schriftlich festhalten, sterben zu wollen, sobald sie nicht mehr bei klarem Verstand sind.**

Theoretisch schon, aber in der Schweiz gibt es dafür keine rechtliche Grundlage.

### **Viele würden sich wohl eine solche Möglichkeit wünschen.**

Das mag sein. Aber: Wer sagt denn, dass jemand mit einem schlechten Gedächtnis zwingend auch eine schlechte Lebensqualität hat? Er kann sich vielleicht nicht mehr daran erinnern, was gestern war. Dafür aber an die eigene Hochzeit oder Kindheit. Demente Personen haben durchaus Freude, an einem guten Essen, an Musik oder an einem Spaziergang, auch wenn sie keine Ahnung haben, wer da gerade neben ihnen geht.

### **Dennoch: Ist es nicht berechtigt, zu sagen, man wolle diesen Zustand nie erreichen?**

Der Punkt ist doch: Niemand weiss, wie es ist, dement zu sein. Es ist schwierig, im Voraus zu sagen, dass man unter diesen oder jenen Umständen nicht mehr leben möchte. Das gilt auch für Leute, die sagen, sie wollen nie pflegebedürftig werden, weil sie dann ausgeliefert seien und für

jeden Handgriff jemanden rufen müssten. Dann werden sie tatsächlich pflegebedürftig, gewöhnen sich daran und finden es gar nicht mehr so schlimm. Nicht zu vergessen ist auch die philosophische Grundsatzfrage.

### **Die da wäre?**

Ist eine demente Person überhaupt noch dieselbe Person, die sie einmal war? Natürlich ist sie rechtlich gesehen immer noch dasselbe Subjekt, es gibt eine Kontinuität des Körpers. Aber gibt es eine Kontinuität der personellen Identität?

### **Wie lautet Ihre Antwort?**

Die Idee des stabilen Wesenskerns ist abendländisch-christlich geprägt. Sie findet sich bereits bei Aristoteles und wurde durch das Christentum übernommen. Der Buddhismus hingegen geht nicht von einer kontinuierlichen personellen Identität aus. Vielmehr konstituieren sich das Bewusstsein und damit das Subjekt immer wieder neu, aus allem, was gerade da ist. Sie sehen, es spielt eine Rolle, welches Modell man den eigenen ethischen Überlegungen zugrunde legt.

### **Zur Person:**

Manuel Trachsel ist Leiter der Klinischen Ethik am Universitätsspital Basel und Privatdozent an der medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Schwerpunkte seiner Forschung sind Ethik und Philosophie der Psychiatrie, Psychotherapie und Palliative Care sowie die Selbstbestimmung von Patienten, Urteilsfähigkeit und informierte Einwilligung. Für seine Arbeit über die Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken hat er den wichtigsten globalen Preis in der medizinischen Ethik gewonnen.