



Vereinigung der deutschschweizerischen evangelischen Spital-, Heim- und Klinik-seelsorger und -seelsorgerinnen

Vereinigung der katholischen Spital- und Kranken-Seelsorgerinnen und -Seelsorger der deutschsprachigen Schweiz

www.spitalseelsorge.ch



Zu den SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»

Von Andreas Egli, Spitalseelsorger am Kantonsspital Schaffhausen, 19. Juli 2018

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW hat am 17. Mai 2018 die medizinisch-ethischen Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» verabschiedet. Die neuen Richtlinien setzen Palliative Care um und lockern die Regeln für ärztliche Suizidhilfe. Gegenüber dem Vernehmlassungs-Entwurf wurden kleinere Änderungen vorgenommen, aber die grossen Linien sind gleich geblieben. Die Entscheidung, ob die Richtlinien auch in die Standesordnung der Ärzteschaft (FMH) aufgenommen werden, soll im Herbst 2018 getroffen werden.

Hauptanliegen: Palliative Care

Das Papier ist viel umfangreicher als die bisherigen Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» von 2004/2013. Die neuen Richtlinien äussern sich sorgfältig zu verschiedenen Themen, die heute zu einer guten Palliative Care gehören. Sehr lesenswert sind z. B. die folgenden Abschnitte: Selbstbestimmung im sozialen Kontext («relationale Autonomie»), Sprechen über Sterben und Tod (Bedeutung des Gesprächs zwischen Arzt und Patient), Vorausplanung von Behandlung und Betreuung (Advance Care Planning), Sedierung (Palliative Sedierung bis zum Tod, mit sehr detaillierter Anleitung), Begleitung und Symptommanagement beim Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF, «Sterbefasten»). Das Anliegen von Spiritual Care wird an verschiedenen Stellen im Dokument angesprochen. Es geht darum, spirituelle Bedürfnisse bzw. spirituelles Leiden wahrzunehmen und spirituelle Unterstützung anzubieten. Der Anhang enthält ein Glossar und einen Abschnitt über Behandlungsziele im Umgang mit Sterben und Tod.

Nach der Vernehmlassung wurde mehrfach der Hinweis eingefügt, dass es besonderer Sorgfalt bedarf, wenn Kinder, Jugendliche oder nicht urteilsfähige Personen betroffen sind.

Kontroverses Thema: Suizidhilfe

Der Abschnitt über die ärztliche Suizidhilfe macht zwar umfangmässig nur einen Achtel des Papiers aus, hat aber in der Öffentlichkeit am meisten Beachtung gefunden. Auch dieser Text ist viel ausführlicher und differenzierter als in den bisherigen Richtlinien. Das Papier begehrt nicht den Fehler, Palliative Care und den assistierten Suizid als zwei gleichwertige Optionen darzustellen. Palliative Care ist das durchgehende Anliegen des ganzen Dokuments. Der assistierte Suizid erscheint als ein Spezialfall, der umstritten ist. Die Suizidhilfe wird zu den «kontrovers diskutierten Handlungen» gezählt, weil in der Ärzteschaft verschiedenen Auffassungen vertreten werden.

Das Dokument führt zwei Neuerungen ein, die gegenüber den bisherigen Richtlinien eine deutliche Lockerung bedeuten.

a) Ärztliche Tätigkeit: Bisher hiess es, die Beihilfe zum Suizid sei einerseits «nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht.» Andererseits sei die Achtung des Patientenwillens aber grundlegend für die Arzt-Patient-Beziehung. Der Arzt befinde sich deshalb in einer Dilemmasituation und müsse eine persönliche Gewissensentscheidung finden. (Richtlinien 2013, S. 9) Die neue Formulierung ist wesentlich offener: «Suizidhilfe ist keine medizinische Handlung, auf die Patienten einen Anspruch erheben könnten, sie ist jedoch eine rechtlich zulässige Tätigkeit.» (Richtlinien 2018, S. 25) Roland Kunz hat in einem Interview erklärt, wie man heute die Aufgabe des Arztes sieht. Jeder Arzt sollte in der Lage sein, im Gespräch auf den Sterbewunsch des Patienten einzugehen und mit ihm über die verschiedenen Optionen zu

reden. Aber kein Arzt ist verpflichtet, sich persönlich an der Suizidhilfe zu beteiligen. (Radio SRF, Sendung «Tagesgespräch» vom 17. Nov. 2017)

b) Voraussetzungen: Offener formuliert sind auch die Voraussetzungen, unter denen ärztliche Suizidhilfe geleistet werden darf. Bisher war es eine Voraussetzung, dass der Patient todkrank sein muss: «Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.» (Richtlinien 2013, S. 9) Dies war gewissermassen ein objektives medizinisches Kriterium. Neu heisst es stattdessen: «Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens.» (Richtlinien 2018, S. 26) Es ist zwar immer noch so, dass medizinisch fassbare Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen vorliegen müssen. Aber die entscheidende Voraussetzung für ärztliche Suizidhilfe liegt nun in der subjektiven Leidens-Erfahrung des Patienten.

In der Vernehmlassung gab es am meisten Kritik beim Thema Suizidhilfe, allerdings nur von 22% der Antworten. Mehreren ging die Öffnung zu weit, einige verlangten eine weitergehende Öffnung. Bemerkenswert ist die kritische Stellungnahme, welche der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH abgegeben hat. In einem langen Kommentar bezeichnete sie die Öffnung als problematisch und meinte, die «Suizidbeihilfe sollte sich also auf solche Patienten beschränken, die an einer tödlichen Krankheit leiden und deren Zustand sich bei einer sachgerechten medizinischen Behandlung auch nicht bessern wird.» Die FMH verzichtete aber darauf, einen konkreten Vorschlag für eine Textänderung zu machen.

In der Endfassung der Richtlinien wurde ein längerer Absatz eingefügt, der auf die kritischen Stellungnahmen eingeht und die Haltung zur Suizidhilfe mit ethischen Argumenten untermauert (S. 24f). Die geforderte «Formulierung objektiver medizinischer Kriterien für die Zulässigkeit der Suizidhilfe» sei problematisch. Die SAMW hält daran fest, es sei «nicht der medizinisch objektivierbare Zustand, der bei der Patientin zum selbstbestimmten Suizidwunsch führt, sondern das subjektiv erlebte unerträgliche Leiden.»

Stellungnahme der Spitalseelsorge-Vereinigungen

Die Spitalseelsorge-Vereinigungen beteiligten sich mit einer gemeinsamen Stellungnahme der beiden Vorstände an der Vernehmlassung. Die Stellungnahme machte Änderungsvorschläge zu vier Punkten (hier kurz zusammengefasst):

- a) Auch wenn jemand in den natürlichen Sterbeprozess einwilligt und eine gute palliative Begleitung in Anspruch nimmt, ist dies als selbstbestimmtes Sterben zu betrachten.
- b) Für Gespräche über Sterben und Tod stehen neben den Ärzten auch andere Fachpersonen zur Verfügung. z. B. die Seelsorge.
- c) Mehrheitlich haben sich die Vorstände dafür ausgesprochen, dass die Voraussetzungen für ärztliche Suizidhilfe in der bisherigen enger gefassten Art definiert werden.
- d) Weil dem Arzt eine Schlüsselrolle zukommt, soll er kollegiale Intervention, Supervision oder den Austausch im interprofessionellen Team in Anspruch nehmen.

Es scheint, dass nur die Anregung b) aufgenommen wurde. Im Abschnitt über die Vorausplanung (Advance Care Planning) wurde eine kleine Ergänzung eingefügt. Unter den Fachpersonen, die den Patienten im Prozess der Vorausplanung begleiten können, sind neu auch «Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter» erwähnt. (S. 18)

Dateien im Internet:

SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»:

<https://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Richtlinien-Sterben-Tod.html>

Richtlinien (Änderungen in der Endfassung markiert):

<http://www.spitalseelsorge.ch/media/archive1/praxishilfen/medizin/sterben/richtlinien-samw-sterben-und-tod-2018-aenderungen.pdf>

Artikel von Dr. Christian Kind in der Schweizerischen Ärztezeitung (2018/24, S. 790–792):

<https://saez.ch/de/article/doi/saez.2018.06833/>

Stellungnahme der FMH:

https://www.fmh.ch/files/pdf20/Stellungnahme_der_FMH_Richtlinien_Um_gang_mit_Sterben_und_Tod.pdf