

Folia Bioethica

Suizidhilfe in der Schweiz – zur Kontroverse um eine angemessene ärztliche Rolle

Beiträge von Samia A. Hurst und Frank Mathwig, mit einem
Editorial von Christian Kind

38



SGBE
SSEB

Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik
Société Suisse d'Ethique Biomédicale
Società Svizzera di Etica Biomedica

Folia Bioethica

Herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik
Edité par la Société Suisse d'éthique biomédicale

Redaktion/Rédaction: Markus Zimmermann-Acklin

Die in den Folia Bioethica veröffentlichten Texte geben nicht unbedingt die Meinung der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik wieder. Les textes publiés dans Folia Bioethica n'exposent pas forcément l'avis de la Société Suisse d'éthique biomédicale.

© 2013 by SGBE-SSEB, Basel

Alle Rechte vorbehalten. Tous droits réservés pour tous pays.

**Suizidhilfe in der Schweiz –
zur Kontroverse um eine angemessene
ärztliche Rolle**

Beiträge von Samia A. Hurst und
Frank Mathwig, mit einem Editorial
von Christian Kind

Inhaltsverzeichnis

<i>Christian Kind</i> : Editorial. Ärztliche Suizidhilfe und die SAMW	5
<i>Frank Mathwig</i> : Teil der ärztlichen Tätigkeit. Ethische Bemerkungen zu einer umstrittenen Formulierung	13
<i>Samia A. Hurst</i> : Doctors and suicide assistance. International questions and the Swiss context	35

Ärztliche Suizidhilfe und die SAMW

Christian Kind¹

Obwohl die Hilfe zum Suizid aus uneigennütigen Motiven in der Schweiz seit der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts straflos ist, hat sich die SAMW in ihren medizinethischen Richtlinien zur ärztlichen Tätigkeit am Lebensende über lange Zeit nicht zu diesem Thema geäußert. Die ersten Richtlinien zur Sterbehilfe von 1976 behandelten die unter bestimmten Bedingungen zulässige bzw. gebotene passive und die verbotene aktive Sterbehilfe, erwähnen aber die Hilfe zum Suizid mit keinem Wort. Dies wurde bei einer ersten Revision 1981 beibehalten. Erst in den Richtlinien «Ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten» von 1995 wird festgehalten: «Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit.» Seither wurde die Diskussion um dieses Thema in der Öffentlichkeit aber auch in der zentralen Ethikkommission der SAMW, der ZEK, mit wechselnder Intensität aber mehr oder weniger kontinuierlich weitergeführt. Gleichzeitig hat sich in der Schweiz eine Praxis der Suizidhilfe etabliert, die zu einer sowohl quantitativen wie qualitativen Ausweitung der betroffenen Personenkreise tendiert. Eine erneute Revision der Richtlinien 2004 unter dem Titel «Ärztliche Betreuung von Patienten am Lebensende» hat an dieser Situation wenig geändert. Die

¹ Präsident der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (christian.kind@bluewin.ch).

aktuell gültigen Richtlinien stellen fest, dass die Suizidhilfe «den Zielen der Medizin widerspricht», enthalten aber eine Ausnahmeregelung für Ärzte, die bei der Betreuung eines Patienten am Lebensende in einen Gewissenskonflikt geraten.

Aufgrund von Berichten über ethisch problematische Praktiken im Bereich der Suizidhilfe sah sich die ZEK anfangs 2012 veranlasst auf die bestehenden Probleme und auf die geltenden Regelungen hinzuweisen. Dies löste eine relativ heftige Kritik an der Haltung der SAMW von Seiten von Befürwortern der ärztlichen Suizidhilfe aus. Seither befasst sich die ZEK noch intensiver mit dem Thema, in der Hoffnung, einen praktisch gangbaren und ethisch vertretbaren Weg durch diese aufgrund unüberbrückbarer weltanschaulicher Differenzen letztlich wohl nicht lösbare Kontroverse zu finden. Im Rahmen dieser Bemühungen hat die ZEK im März 2013 zwei ausgewiesene ethische Experten auf dem Gebiet der ärztlichen Suizidhilfe gebeten, der Kommission die Problematik aus ihrer Sicht darzulegen. Die beiden Beiträge, welche in dieser Broschüre veröffentlicht werden, ergänzen sich durch verschiedene Perspektiven und kommen zu unterschiedlichen ethischen Einschätzungen.

Unterschiedliche Perspektiven

Der erste Text, verfasst vom evangelisch-reformierten Theologen Frank Mathwig, geht vom zentralen Wert der Autonomie aus, von dem sich die für die ärztliche Tätigkeit grundlegende Selbstbestimmung des Patienten, aber auch die Selbstbestimmung des Arztes ableiten. Der Wunsch nach Suizidhilfe führe zum Konflikt, da dem Patienten die Handlungssouveränität zur selbstbestimmten Erfüllung dieses Wunsches fehle, während dem Arzt von der Gesellschaft einerseits eine vermittelnde und, aufgrund der Befugnis zur Ausstellung des Rezepts, auch kontrollierende Funktion zugeschoben werde, andererseits aber das Standesethos diese Rolle grundsätzlich ablehne, bzw. nur in Ausnahmefällen erlaube. Frank

Mathwig kritisiert die extreme Verflachung des Autonomiebegriffs, die aus einer Gleichsetzung des Respekts vor der Autonomie mit der unhinterfragten Erfüllung des Patientenwunsches resultiere. Wenn der Suizidwunsch dagegen vom Suizidhelfer auf seine Nachvollziehbarkeit überprüft werde, müsse dieser die vom Patienten erfahrene, subjektive Wertung seines Lebens als würdelos und nicht mehr lebenswert übernehmen, um seine Hilfe begründen zu können. Damit überschreite er aber die ethische Grenze, die eine Bewertung des Lebens anderer Menschen als nicht lebenswert verbiete. Der Autor kommt zum Schluss, dass eine kohärente ethische Regelung der ärztlichen Suizidhilfe nicht möglich sei.

Einen ganz anderen Ansatzpunkt wählt die Internistin und Bioethikerin Samia Hurst. Sie stellt die Entwicklung der rechtlichen und gesellschaftlichen Praxis der Suizidhilfe in der Schweiz aus der Aussenperspektive, quasi als einen internationalen Sonderfall dar. Dabei hebt sie drei schweizerische Besonderheiten hervor: Erstens die Existenz eines Rechts auf Suizidhilfe, das nur als Freiheitsrecht betrachtet werde, aus dem jedoch kein Anspruchsrecht abgeleitet werden könne, zweitens das gesellschaftliche Vertrauen, dass die Suizidhilfe in der direkten Beziehung zwischen zwei Personen am besten aufgehoben sei, und drittens das Bestreben eine vollständige Medikalisierung zu vermeiden. Alle drei Besonderheiten könnten aber nicht vollständig umgesetzt werden und führten zu Problemen. Die Bindung des gewöhnlich eingesetzten Mittels zur Suizidhilfe an die Rezeptpflicht schränke die Ausübung des Freiheitsrechts ein und mache den Einbezug eines Arztes unvermeidlich. Auch die Feststellung der Urteilsfähigkeit, als Voraussetzung für einen selbstbestimmten Entscheid zum Suizid, werde meist einem Arzt übertragen. Neben diesen offensichtlich in ärztlicher Hand liegenden Anteilen der Suizidhilfeproblematik macht Samia Hurst noch auf einen weiteren, weniger ins Auge springenden Aspekt der Medikalisierung aufmerksam, nämlich die Medikalisierung der sozial akzeptierbaren Gründe für einen rationalen Suizid. Obwohl

bei der ursprünglichen Abfassung der Gesetzesbestimmung zur Suizidhilfe an ganz andere Beweggründe zum Suizid gedacht worden sei, namentlich an den Verlust der Ehre, werde heute Suizidhilfe fast ausschliesslich aus medizinischen Gründen verlangt. Damit sei die Frage nach einer objektiven Schwelle für eine Akzeptabilität des Begehrens entstanden, die dann unterschiedlich, z.B. beim Nahen des Lebensendes oder beim Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung angesetzt werden könne. Dies führe aber unweigerlich zur Frage, ob es denn so etwas wie eine korrekte medizinische Indikation für Suizidhilfe geben könne. Grundsätzlich erlaube aber die Gesetzessituation, dass der Helfer, der einer urteilsfähigen Person Suizidhilfe leiste, kein Arzt sei und aus ganz anderen als medizinischen Gründen zur Überzeugung komme, dass das von der hilfeschuchenden Person erlebte Leiden den Suizidwunsch nachvollziehbar als wohlerwogen erscheinen lasse. Diese Möglichkeit könnte nach Meinung der Autorin vermehrt genutzt werden, um einer von vielen Ärzten gefürchteten vollständigen Medikalisierung entgegenzutreten.

Die beiden sorgfältig argumentierenden Beiträge, die neben den hier skizzierten Gedankengängen noch zahlreiche andere wesentliche Überlegungen enthalten, verwenden denkbar unterschiedliche Zugänge zum Thema. Es erscheint mir umso bemerkenswerter, dass beide Autoren eine grundsätzliche Problematik dort orten, wo die subjektive Begründung der suizidwilligen Person für ihren Entschluss in einen ethisch zu rechtfertigenden Handlungsgrund für einen gesellschaftlich legitimierten Helfer übergehen soll. Sowohl wenn die vom Patienten aus dem Verlust der Handlungssouveränität abgeleitete subjektive Würdelosigkeit des eigenen Lebens vom Helfer als eigene, handlungsbegründende Wertung des Lebens einer anderen Person übernommen wird, als auch wenn aus dem subjektiv unerträglichen Leiden eines Patienten geschlossen wird, dass dessen Krankheit eine medizinische Indikation zur Suizidhilfe darstellt, wird eine Objektivierung vorgenommen, deren Verallgemeinerung bedenkliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte.

Sobald objektivierte Gründe, die für eine Suizidhilfe in bestimmten Fällen sprächen, allgemein akzeptiert würden, bestünde nämlich die Gefahr, dass bei Vorliegen solcher Gründe sowohl Patienten wie Ärzte unter Druck gerieten, erstere Suizidhilfe zu verlangen, letztere diese zu leisten.

Suizidhilfe und die Ziele der Medizin

Die lebhafteste Diskussion der Referate in der ZEK hat ergeben, dass dadurch wohl wichtige ethische Hindernisse für eine Neuregelung der ärztlichen Suizidhilfe aufgezeigt worden sind, aber noch kein gangbarer Weg sichtbar geworden ist. Meiner Meinung nach müssten zuerst die Argumente für und wider die Vereinbarkeit der Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin durch die Reflexion philosophischer Prämissen und die Beurteilung möglicher Konsequenzen geklärt und vertieft werden. Die beiden Referenten, die in dieser Frage gegensätzlicher Ansicht sind, haben dies in den vorliegenden Artikeln nicht weiter ausgeführt. Es besteht Konsens darüber, dass ärztliche Suizidhilfe dem grundlegenden Ziel der Lebenserhaltung widerspricht, aber auch darüber, dass in bestimmten Situationen vom Arzt auf Verfolgung dieses Ziels bewusst verzichtet werden darf und soll. Dagegen sind die Meinungen darüber geteilt, ob ärztliche Suizidhilfe andere legitime Ziele der Medizin, wie Prävention, Unterstützung der Patientenautonomie und Linderung von Leiden, in dem Masse zu erreichen vermöchte, dass dadurch nicht nur der Verzicht auf das Ziel der aktiven medizinischen Lebenserhaltung zu rechtfertigen wäre, sondern auch die Aufnahme ärztlicher Aktivität in die entgegengesetzte Richtung der Lebensverkürzung. Für die Behauptung, dass ein systematisches Angebot von Suizidhilfe eine wirksame Präventionsmaßnahme gewaltsamer Suizide darstelle, stehen empirische Belege aus, so dass zur Zeit eine ethische Bewertung hypothetischer Effekte nicht sinnvoll ist. Dagegen soll die Frage, ob die Unterstützung der Autonomie oder die Linderung von Leiden als Ziele der

Medizin die ärztliche Suizidhilfe rechtfertigen könnten, kurz in einigen deontologischen, tugendethischen und konsequentialistischen Aspekten beleuchtet werden.

Mit dem Ziel der Unterstützung der Autonomie sollte jedenfalls nicht die von Frank Mathwig beschriebene, voraussetzungslose Hilfestellung zur Erfüllung des Patientenwunsches bei fehlender Handlungssouveränität gemeint sein, da sonst jegliche Wunscherfüllung mit medizinischen Mitteln als den Zielen der Medizin dienend gesehen werden müsste. Aber auch bei Anwendung eines gehaltvolleren Autonomiebegriffs stellt sich die Frage, inwiefern die ärztliche Unterstützung des selbstbestimmten Vollzugs eines persönlich verantworteten Sittengesetzes, das einen Menschen zum Suizid veranlasst, so verallgemeinert werden könnte, dass daraus ein allgemein anerkanntes Ziel der Medizin abzuleiten wäre. Es scheint mir plausibler, Autonomie des Patienten so zu verstehen, dass dieser selbstbestimmt darüber entscheiden kann, ob er von den ärztlichen Massnahmen, die ihm der Arzt in Übereinstimmung mit den klassischen Zielen der Medizin, wie sie z.B. von der SAMW formuliert wurden, vorschlägt, Gebrauch machen will oder nicht. Der Respekt vor der Autonomie ist damit kein eigenständiges Ziel der Medizin, sondern die Voraussetzung dafür, dass ein solches legitimerweise verfolgt werden kann.

Damit bleibt das Lindern von Leiden als hauptsächlich genanntes Ziel der Medizin, welches die ärztliche Suizidhilfe legitimieren soll. Hier stellen sich drei konzeptuelle Fragen. Erstens, ob eine Massnahme, die Leiden dadurch beseitigt, dass der Träger des Leidens nach ihrer Anwendung nicht mehr existiert, tatsächlich unter den Begriff des Linderns subsumiert werden kann. Der Sprachgebrauch impliziert jedenfalls eher, dass durch Lindern zwar der Grad des Leidens vermindert wird, dieses jedoch in geringerem Mass bestehen bleibt, und man andernfalls eher von Heilen sprechen würde. Zweitens ist zu fragen, ob wirklich die Beseitigung von Leiden als Selbstzweck genommen werden soll, oder ob vielmehr das eigentliche humanmedizinische Ziel die Ermöglichung

von weniger leidvollem Leben wäre. Drittens muss bedacht werden, dass eine Grundregel der wissenschaftlichen Medizin nicht eingehalten werden kann, welche besagt, dass jede medizinische Massnahme dadurch evaluiert werden muss, dass der Zustand des Patienten vor und nach deren Anwendung untersucht und damit überprüft wird, dass sie diesen Zustand in der Regel verbessert und nicht verschlechtert. Die Suizidhilfe ist aber eine Massnahme, der aufgrund der Inkommensurabilität von lebendem und totem Zustand unlösbar inhärent ist, dass sie in keinem einzigen Fall dieser Art von Überprüfung unterzogen werden kann.

Die Begründung ärztlicher Suizidhilfe mit dem Lindern von Leiden muss aber auch im Hinblick auf ihre möglichen Konsequenzen kritisch betrachtet werden. Eine offensichtliche und in den Ländern, in denen die Suizidhilfe auf der Motivation der Leidenslinderung beruht, unschwer sichtbare Folge ist, dass die in der Schweiz rechtlich scharf gesetzte Trennung zwischen Suizidhilfe und aktiver medikamentöser Lebensbeendigung durch den Arzt auf Verlangen des Patienten («aktive Sterbehilfe») ihre Bedeutung weitgehend verliert. Empirisch weniger eindeutig belegt, aber argumentativ einleuchtend, ist eine Ausweitung der Begründung der Lebensbeendigung zur Linderung von Leiden auch auf Patienten, die nicht oder nicht mehr urteilsfähig sind. Hier werden Gerechtigkeitsüberlegungen angestellt, der Art, dass es unfair sei, dass ein Patient der genauso unerträglich zu leiden scheint, wie die Patienten denen Suizidhilfe oder medikamentöse Lebensbeendigung auf Verlangen geleistet wird, aber nicht in der Lage ist einen wohlwogenen Wunsch danach zu äussern, sein Leiden weiter ertragen müsse, während seine urteilsfähigen Leidensgenossen davon befreit werden dürften. Ein eindeutiger Beleg für diese Tendenz ist jedenfalls das niederländische «Groningen Protokoll»² zur ärztl-

² Verhagen E, SauerPJ. The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns. N Engl J Med 2005; 352:959-62.

chen Lebensbeendigung bei Neugeborenen mit «unerträglichem Leiden».

Wie weiter?

Alle diese Fragen müssten meiner Meinung nach sowohl in der Ärzteschaft als auch in der Gesellschaft allgemein mit dem nötigen Tiefgang erörtert werden, um den Weg zu einer konsensuellen medizinethischen Neuregelung der ärztlichen Rolle bei der Suizidhilfe in der Schweiz zu öffnen. Diese hätte einerseits zu ermöglichen, dass Patienten mit frei gefasstem, wohlervogenem und dauerhaftem Suizidwunsch Zugang zur gewünschten Hilfe erhalten könnten, ohne dass Menschen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, unter Druck geraten oder gefährdet würden. Andererseits müsste die ärztliche Rolle in der Suizidhilfe so gestaltet werden, dass keine explizite oder implizite Verpflichtung zur Mitwirkung entstände, und kein Arzt die Macht erhalten könnte, aus Mitleid zu töten.

‹Teil der ärztlichen Tätigkeit›

Ethische Bemerkungen zu einer umstrittenen Formulierung*

Frank Mathwig¹

«Ob der Zweck vernünftig und gut sei, davon ist hier gar nicht die Frage, sondern nur was man tun müsse, um ihn zu erreichen. Die Vorschriften für den Arzt, um seinen Mann auf gründliche Art gesund zu machen, und für einen Giftmischer, um ihn sicher zu töten, sind in so fern von gleichem Wert, als eine jede dazu dient, ihre Absicht vollkommen zu bewirken.»

Immanuel Kant (Kant
1983, BA 42)

1. Ein Blick zurück

Die im November 2004 verabschiedeten *Medizin-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* bestätigen einerseits die 1995 in den *Medizinisch-ethischen Richtlinien für die*

* Überarbeitete Fassung eines Vortrags an der Sitzung der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Haus der Universität, 22.02.2013 in Bern.

¹ Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Bereich Theologie und Ethik und Theologische Fakultät der Universität Bern, Institut für Systematische Theologie/Ethik (frank.mathwig@sek.ch).

ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten vertretene Auffassung, dass ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit ist. Andererseits tragen sie «dem gewandelten Verständnis der Patientenautonomie Rechnung, indem sie die Suizidbeihilfe insgesamt offener regeln». Die SAMW erhoffte sich mit dieser Neufassung, «die strafrechtlich nicht verbotene Praxis der Suizidbeihilfe [...] auch für Ärztinnen und Ärzte durch klare Leitlinien zu regeln» (Salathé/Zimmermann-Acklin 2005). Erinnert werden muss in diesem Zusammenhang daran, dass der ergänzende Satz über die Aufgaben des Arztes erst aufgrund der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens eingefügt wurde: «Es ist nicht seine Aufgabe, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, sondern er ist im Gegenteil dazu verpflichtet, allfällige Suizidwünsche zugrundeliegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern.»

Was ist in der Zwischenzeit geschehen, dass jene ärztliche Aufgabenzuteilung – die freilich schon damals nicht auf ungeteilte Zustimmung stiess – bereits weniger als ein Jahrzehnt später von vielen als nicht mehr zeitgemäss betrachtet wird? Ich erinnere an einige wenige Daten. 2005 publiziert die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) ihre Stellungnahme (Nr. 9/2005) *Beihilfe zum Suizid*, die im folgenden Jahr um die Stellungnahme (Nr. 13/2006) zu *Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe* ergänzt wird, in der vor allem Fragen zur Feststellung der Urteilsfähigkeit behandelt werden. Die NEK fordert in ihren Publikationen eine staatliche Aufsicht für Suizidhilfeorganisationen und die verbindliche Festlegung von Sorgfaltskriterien im Sinne «notwendiger Minimalstandards» (NEK 2006, 2). 2006 erscheint der von einer 2004 eingesetzten Arbeitsgruppe verfasste EJPD-Bericht über Sterbehilfe und Palliativmedizin, der die bestehende Rechtslage bestätigt. Im November 2006 entscheidet das Bundesgericht gegen eine Klage auf rezeptfreie Abgabe von Natriumpentobarbital und hält u.a. im Blick auf Art. 8 EMRK erfrischend salopp fest: «die persönliche Freiheit schützt nicht vor jeglichem physischen und psychischen Missbehagen» (BGE 2A.48/2006 und

2A.66/2006). 2008 beschliesst der Bundesrat, die Frage nach einer rechtlichen Regelung der organisierten Suizidhilfe vertieft abzuklären und beauftragt das EJPD, einen entsprechenden Bericht zu verfassen. Dieser gibt den Anstoss für das 2009 eröffnete Vernehmlassungsverfahren zur Änderung von Art. 115 StGB. Die Vernehmlassungsantworten zeichnen – wie nicht anders zu erwarten – ein heterogenes Bild, wenngleich sich drei Viertel der Beteiligten für eine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidhilfe auf Bundesebene aussprechen. Eine 2010 publizierte FMH-interne Befragung zeigt noch weitere Tendenzen innerhalb der Ärzteschaft auf (Romann/Rabia 2010, 334): «Niemand befürwortet ein Verbot der organisierten Suizidhilfe und fast alle sehen einen grundsätzlichen Handlungsbedarf.» Die beiden zentralen Kritikpunkte, die der Zentralvorstand der FMH in seiner Vernehmlassungsantwort zur rechtlichen Regelung der Suizidhilfe bemängelt, betreffen «de[n] massive[n] Einbezug der Ärzteschaft in das Verfahren und die Beschränkung auf das unmittelbare Lebensende». Bekanntlich hat der Bundesrat 2011 entschieden, auf eine Revision von Art. 115 StGB zu verzichten. Wesentliche Ablehnungsgründe waren 1. die Auffassung, dass explizite Sorgfaltspflichten nichts zu den, durch das bestehende Recht festgestellten Verpflichtungen hinzufügen würden, 2. dass der Schutz vor finanziellem Missbrauch mit dem Kriterium der «selbstsüchtigen Beweggründe» bereits gegeben sei, 3. dass eine explizite rechtliche Regelung nur wie eine staatliche Legitimation der organisierten Suizidhilfe wirken würde, 4. dass einem möglichen Missbrauch bei der Vergabe von Natrium-Pentobarbital mit Hilfe des Landesrechts begegnet werden könne (vgl. Tag 2012, 16) und 5. die selten ausgesprochene, aber im Hintergrund deutlich spürbare Erleichterung, dass die organisierte Suizidhilfe den Ärzten und Ärztinnen die Konfrontation mit unbequemen Forderungen und Entscheidungen erspart.

Der knappe Rückblick verweist bereits auf einen Grundzug der Suizidhilfedebatte in den vergangenen Jahren: Ihr Schwerpunkt liegt deutlich auf Fragen der rechtlichen Regelung organisierter

Suizidhilfe. Die Fokussierung auf rechtliche und rechtsethische Fragen ist kennzeichnend für die gesamte schweizerische Diskussion. Selbst ethische Beiträge befassen sich mehrheitlich mit Fragen nach den Möglichkeiten und Grenzen des Rechts auf Selbstbestimmung am Lebensende. Diese Zuspitzung ist mit einer (bewussten?) Abkehr von der ursprünglichen medizinkritischen Intention der Sterbe- und Suizidhilfediskussion verbunden, die darauf abzielte, den – angesichts der Effizienz medizinischer Lebenserhaltung – scheinbar endlosen Leidensweg von Schwerstkranken zu durchbrechen. Die ursprüngliche Idee von einem ›humanen Sterben‹, im Sinne einer vernünftigen Begrenzung medizinischen Handelns begegnet nur noch am Rande. Wenn ich richtig sehe, sind es nicht zuletzt diese Standortverschiebungen, die die ZEK der SAMW Anfang 2012 dazu veranlasst hat, die ärztliche Beteiligung bei der Suizidhilfe erneut zur Diskussion zu stellen. In dem Zusammenhang nennt die ZEK (ZEK 2012, 411) die folgenden Problembereiche: die Feststellung der Urteilsfähigkeit und der Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches, der Ausschluss der Angehörigen und des behandelnden Arztes, die Berücksichtigung der medizinischen Vorgeschichte der sterbewilligen Person, Suizidhilfe bei psychisch oder chronisch Kranken und bei sterbewilligen Personen im hohen Lebensalter. Ins Zentrum rücken damit zwei Entwicklungen, die freilich nicht unabhängig voneinander verlaufen: Einerseits die *Veränderungen und Erweiterungen der Vorstellungen darüber, was als leidvolles Sterben gilt*, also der Wandel der Motive von Sterbewünschen und andererseits die *Ausweitung des Adressatenkreises von Suizidhilfe*: auf Menschen, bei denen das Lebensende nicht absehbar nahe ist, auf ein Klientel also, der nicht sterbend, aber sterbewillig ist und auf Personen, deren Sterbewunsch – aufgrund einer vorliegenden psychischen Erkrankung – nur schwer gemäss der gängigen Kriterien (Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit, Wohlerwohnenheit) beurteilt werden kann.

Zu Recht verweist die ZEK in ihrem Beitrag in der SÄZ vom Frühjahr 2012 darauf, dass die Ärzteschaft nicht advokatorisch die

Verantwortung für den gesellschaftlichen Wandel der Haltungen gegenüber der Suizidhilfe übernehmen, geschweige denn die damit verbundenen Probleme stellvertretend lösen kann. Das ändert aber nichts an der ärztlichen Herausforderung, sich im eigenen Entscheiden und Handeln zu den sich verändernden und keineswegs konsensualen gesellschaftlichen Auffassungen über den Wert und die Qualität bestimmter Lebenszustände und Lebensperspektiven verhalten zu müssen. Drei Einsichten erscheinen mir unabweisbar: Erstens findet ärztliches Handeln nicht jenseits, sondern in der Gesellschaft statt, zweitens ist die Medizin keine gesellschaftliche Moralinstanz (oder sollte nicht dazu gemacht werden) und drittens sind Ärztinnen und Ärzte umgekehrt keine Dienstleistungsressource für beliebige und sich wandelnde Vorstellungen von Leben und Tod in der Gesellschaft.

Aus ethischer Sicht rücken also zwei Entwicklungen in den Vordergrund: die Ausweitung des potenziellen Adressatenkreises von Suizidhilfe, die im Kern in einem sich wandelnden Verständnis von Selbstbestimmung zum Ausdruck kommt, und die Veränderungen der Vorstellungen darüber, was als leidvolle Lebenssituation gilt, die die Inanspruchnahme von Suizidhilfe moralisch rechtfertigen könnte. Selbstbestimmung und Leiden sind die aus ethischer Sicht zentralen Punkte in den aktuellen Debatten um die Suizidhilfe. Die folgenden Bemerkungen konzentrieren sich auf den ersten Diskussionsstopos, der zweite wird lediglich am Rande angesprochen. Im Vordergrund steht die ethisch-kritische Reflexion der Konsequenzen, die sich aus bestimmten Deutungen des Selbstbestimmungsgrundsatzes für die ärztliche Beteiligung an der Suizidhilfe ergeben.

2. Was folgt aus der Selbstbestimmung?

Die Diskussion um die Suizidhilfe hat sich zunehmend auf die Frage konzentriert, was aus den menschen- und verfassungsrechtlich garantierten Freiheits- und Persönlichkeitsrechten für die For-

derung nach einem selbstbestimmten Sterben folgt resp. folgen sollte und wer vor diesem Hintergrund welche Ansprüche worauf bzw. gegenüber wem geltend machen kann. Als Ausgangspunkt kann jener Grundkonsens gelten, den Hans Saner auf die prägnante Formel gebracht hat: «Kein Dritter kann mich zum Weiterleben verpflichten, wenn ich sterben möchte, und kein Dritter hat ein Recht, mich zu töten, wenn ich am Leben bleiben möchte.» (Saner 2003, 61). Knapper lassen sich unsere Vorstellungen von Selbstbestimmung nicht auf den Begriff bringen. Allerdings klingt die Formel harmloser als sie ist. Denn sie hält lediglich formal und in negativer Weise fest, was nicht von jemandem gefordert und was ihr oder ihm nicht angetan werden darf. Anspruchsvoll wird die Freiheitsprogrammatik erst dann, wenn sie auf die Welt kommt, d.h. auf die Entscheidungs- und Handlungszumutungen in der konkreten sozialen Lebenswelt trifft. Dann gilt es zu klären, wer das *Ich* ist, das dort sein Recht behauptet, wer die anderen sind, von denen die Anerkennung jenes Rechts gefordert wird, was es heisst, ein Recht auf etwas zu haben, worauf ein solcher Rechtsanspruch Dritte verpflichtet, auf welche Instanzen sich diese Rechtsansprüche berufen können und welche Möglichkeiten Dritten offenstehen, sich zu den daraus abgeleiteten Pflichten zu verhalten.

Die Diskussion im Zusammenhang der SAMW-Richtlinie zu Entscheidungen am Lebensende konzentriert sich auf die Definition der ärztlichen Tätigkeit und ihrem Verhältnis zur persönlichen Gewissensentscheidung von Ärztinnen und Ärzten. «Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung.» (SAMW 2013, 9) Philipp Weiss hat nach dem Erscheinen der Richtlinien über die Formulierung bemerkt: «Die Richtlinien bilden hier eben genau das Dilemma ab, vor das sich der einzelne Arzt gestellt sieht: Befähigt durch Wissen und Rezeptblock, steht ihm als Mitmenschen die Möglichkeit offen, dem Wunsch nach Suizidbeihilfe zu entsprechen, weil er die Pati-

entenautonomie in einem aktuellen, speziellen Fall und einem bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnis achtet, auch wenn der Patientenwunsch der generellen Ausrichtung des Berufsstandes widerspricht.» (Weiss 2005, 225) Diese Präzisierung bringt die beiden entscheidenden Konflikte der ethischen Dilemma-Situation auf den Punkt. Einerseits die Frage nach dem Status der Person mit dem Rezeptblock, die mit einem Sterbewunsch konfrontiert wird: als Ärztin in einem «Arzt-Patienten-Verhältnis» oder als «Mitmensch»? Und andererseits die Frage danach, was aus dem Respekt gegenüber der Autonomie des Patienten im Umgang mit dem Patientenwunsch folgen sollte.

Eine Antwort auf die Frage der ärztlichen Beteiligung an der Suizidhilfe hängt eng mit der Klärung beider Verhältnisbestimmungen – zwischen Arzt/Ärztin und Mitmensch einerseits und zwischen Patientenautonomie und Patientenwunsch andererseits – zusammen. Ein Blick auf die Debatten zeigt, dass die Aspekte, die Philipp Weiss in seiner zitierten Bemerkung sorgfältig auseinander hält, in der Regel nicht hinreichend unterschieden oder ganz übersehen werden. Dazu einige Bemerkungen.

2.1 Ärztliches Standesethos vs. persönliche moralische Überzeugungen

Welchen moralischen Forderungen soll die Ärztin oder der Arzt in ihrem resp. seinem Handeln folgen: dem – abgekürzt – ärztlichen Standesethos oder den eigenen moralischen Haltungen und Überzeugungen? Hans Stalder hat in seiner Replik auf die Bemerkungen der ZEK und ihres Vizepräsidenten über Probleme bei der ärztlichen Suizidbegleitung darauf hingewiesen, dass die Nicht-Strafbarkeit der Suizidhilfe «für alle Menschen gilt, somit auch für den Arzt. Warum also sollte er anders behandelt werden als der Rest der Bevölkerung?» Und er fährt fort: «Da nur der Arzt ein letales Medikament verschreiben darf, verfügt er über humanere Mittel als der Laie mit dem Plastiksack.» Sein Resümee lautet: «In den fundamentalen Fragen von Leben und Tod darf jeder seine

eigenen Überzeugungen hegen.» (Stalder 2012, 1072) Auf die diskussionswürdige konsequentialistische Argumentationsstrategie kann hier nicht eingegangen werden. Stalders Forderung nach Gleichbehandlung von Ärztinnen/Ärzten und der übrigen Bevölkerung ist dort berechtigt, wo die Voraussetzung zutrifft. Also gemäss dem alten römischen Rechtsgrundsatz: *Suum cuique* – Gleiches soll gleich, Ungleiches ungleich behandelt werden. In den Hinsichten, in denen die genannten Personengruppen gleich sind, müssen sie auch gleich behandelt werden. Jeder Ärztin und jedem Arzt steht es frei, Mitglied bei EXIT zu werden und deren Angebote in Anspruch zu nehmen.

Allerdings weist Stalder selbst auf einen wichtigen Unterschied zwischen einem Arzt und jeder anderen Person hin. Allein der Arzt verfügt über die Berechtigung, ein letales Medikament zu verschreiben. Der Arzt ist – mit dem Ausdruck von Weiss – also gerade *nicht* einfach «Mitmensch» (wie er es in einem Kegelclub wäre), sondern «Mitmensch» mit einem exklusiven Status, der darin besteht, dass ausschliesslich er über ein – wie Stalder formuliert – «humaneres Mittel» zur Selbsttötung verfügt. Begründet wird diese Exklusivität der Ärztin oder des Arztes damit, dass sie Ärztin resp. er Arzt ist. Ärztinnen und Ärzten wird eine exklusive Kompetenz eingeräumt – und das bedeutet: eine exklusive Verantwortung zugestanden und auch aufgebürdet – über die alle anderen «Mitmenschen» nicht verfügen. Die exklusive Position zeigt sich unter anderem in dem ärztlichen Zugangsmonopol zu letalen Medikamenten.

Die oben von Weiss skizzierte Situation des Arztes, dem «[b]efähigt durch Wissen und Rezeptblock, [...] als Mitmenschen die Möglichkeit offen[steht], dem Wunsch nach Suizidbeihilfe zu entsprechen», bedarf also einer Korrektur. Nicht als Mitmensch, sondern allein als Arzt steht ihm diese Handlungsoption zur Verfügung. Genau deshalb steht der Arzt seinen Mitmenschen gegenüber in einem besonderen Verantwortungsverhältnis. Wie zwingend diese Differenz wirkt, zeigt sich spätestens, wenn jemand

ohne das entsprechende Monopol in eine Apotheke geht, um sich das letale Medikament zu besorgen. Damit ist noch nichts darüber gesagt, *worin* die besondere Verantwortung einer Ärztin und eines Arztes besteht und *welche Konsequenzen* sich daraus für die ärztliche Beteiligung an der Suizidhilfe ergeben. Es sollte lediglich gezeigt werden, dass Stalders Plädoyer von der Gleichrangigkeit bzw. Gleichgewichtigkeit der persönlichen Überzeugungen der Ärztin oder des Arztes in die Irre führt, weil sie den exklusiven ärztlichen Status – in diesem Fall das ärztliche Rezeptblock-Monopol – unterschlägt. Konsequenterweise hätte Stalder also nicht die Gleichbehandlung sondern gerade die Ungleichbehandlung fordern müssen. Weil die Kompetenzen zwischen Ärzteschaft und Bevölkerung ungleich verteilt sind, bestehen für beide Seiten auch ungleiche Verpflichtungen. Als Mitmenschen dürfen die Ärztin und der Arzt ihre resp. seine eigenen Überzeugungen hegen, als Arzt und Ärztin sind sie – aufgrund der mit ihrem Monopol verbundenen rechtlichen Asymmetrie – ihrem Berufsethos verpflichtet. Darüber hinaus gilt, dass in dem Arzt-Patienten-Verhältnis die Ärztin und der Arzt stets in ihrer beruflichen Rolle und niemals bloss als Mitmensch angesprochen sind (andernfalls wäre es eben kein Arzt-Patienten-Verhältnis).

2.2 Menschenwürde aus der Sicht der ersten und dritten Person

In ihrer Kritik an den erwähnten Äusserungen der ZEK betont Marion Schafroth: «Die Respektierung des Selbstbestimmungsrechts von urteilsfähigen und gut informierten Patienten und Patientinnen darf, ja muss dabei heute als selbstverständlich gelten.» (Schafroth 2012, 1226) Die Hinweise auf die Mündigkeit der Patientin, den Respekt vor der Autonomie des Patienten oder das *informed consent* Prinzip gehören schon länger zum Grundinventar medizinethischer Debatten. Paternalismuskritik und die Nivellierung moralischer Fragen bzw. die Etablierung einer eigentümlichen moralischen Indifferenz gehen dabei eine zweifelhafte Koali-

tion ein. Das Gefälle ist steil von einem im Sinne der Aufklärungsphilosophie als Selbst-Gesetzgebung verstandenen *Autonomiebegriffs* zu einer Vorstellung von *Selbstbestimmung*, die die Hoheit der eigenen Überzeugungen und Entschlüsse reklamiert und die diese mit bestimmten Forderungen nach *Souveränitätsgarantien* durch Dritte verbindet. In diesem Gefälle bewegt sich der Versuch, das Prinzip der Patientenautonomie mit den konkreten Wünschen von Patientinnen und Patienten zu verbinden.

Ein solcher Vermittlungsversuch wirft weitreichende ethische Rückfragen auf, wie an einem Beispiel gezeigt werden soll. Erika Preisig schildert in einem Beitrag in der SÄZ 2011 die Geschichte eines Patienten, bei dem sie Suizidhilfe geleistet hat. Der Patient begründet seinen Sterbewunsch mit den Worten: «Ich war ein Bankdirektor und habe mein ganzes Leben lang selbst bestimmt, was für mich richtig ist. Ich werde mir niemals von einer Krankenschwester den Hintern putzen lassen. [...] Dazuliegen und mich putzen zu lassen, ist für mich entwürdigend.» (Preisig 2011, 1588). Die Erklärung von Herrn W. spiegelt ein zentrales Motiv in der Suizidhilfediskussion wider: Suizidhilfe bildet danach die letzte Option angesichts des in Alter und Krankheit permanent wachsenden Risikos, die Souveränität über das eigene Leben einzubüßen. Solche Erfahrungen und Ängste werden in der Diskussion unter verschiedene Begriffe gebracht: Entweder erscheint die Selbstbestimmung gefährdet oder die Autonomie eingeschränkt oder die eigene Würde bedroht. Die Begriffe werden in der Regel synonym verwendet oder ein Ausdruck mit einem der anderen expliziert. Eine Entwürdigung scheint auch Preisig im Blick zu haben, wenn sie ihren Artikel in der Hoffnung beendet, «dass es bald mehr Ärzte gibt, die den Wunsch nach einem begleiteten Abschied in Würde respektieren» (Preisig 2011, 1589). In einem Leserbrief präzisiert sie ihre Vorstellung im Blick auf ein ärztliches Standesethos noch einmal und fordert Richtlinien, «die auch den Menschen mit unheilbarem, chronischem Leiden die Möglichkeit geben, ihr Menschenrecht auf eine eigenhändige, aber sichere und

begleitete Beendigung ihres Lebens zu beanspruchen» (Preisig 2012, 581). Erwähnenswert sind die Bemerkungen, weil sie ein verbreitetes Argumentationsmuster präsentieren: die rechtlich falsche und ethisch fahrlässige Identifikation von Handlungssouveränität, Selbstbestimmung und menschenrechtlicher Würde.

Für den von Preisig in den Tod begleiteten Patienten – und das gilt für viele Menschen mit Suizidwunsch – hat der Verlust der Handlungssouveränität einen existenziellen Einfluss auf die Beurteilung der eigenen Lebensqualität. Als Wahrnehmung der betroffenen Person von *ihrem* Leben verdient sie zweifellos den Respekt der anderen. Davon zu unterscheiden sind ihr Urteil, dass dieses Leben für sie nicht mehr lebenswert erscheint sowie ihr Entschluss, deshalb das eigene Leben zu beenden. Auch diese Konsequenzen sind zu respektieren, völlig unabhängig davon, ob sie geteilt werden oder nicht. Etwas anderes ist es, wenn eine dritte Person die Wahrnehmung der sterbewilligen Person übernimmt, um *ihr* eigenes Verhalten zu begründen. Die Ärztin rechtfertigt ihre Unterstützung mit dem Hinweis auf den unerträglichen («entwürdigenden») Souveränitätsverlust, den der Patient beklagt. Aber reichen die Motive und Gründe für den Entschluss des Patienten aus, um das Handeln der Ärztin zu begründen? Wenn nicht, dann muss die Ärztin eigene Gründe vorbringen, wenn doch, dann muss immerhin plausibel gemacht werden, wie die Gründe von einem Handlungssubjekt (dem Patienten) zu einem anderen Handlungssubjekt (der Ärztin) überlaufen können. Die Pointe der Adaption besteht darin, dass mit der Übernahme aus subjektiven, auf das eigene Leben bezogenen Gründen objektive Kriterien Dritter werden, die eben nicht mehr das *eigene* Leben betreffen, sondern für das Leben einer *anderen* Person gelten.

Das subjektive Urteil über das Entwürdigende des eigenen Lebens wird in der Begründung des Handelns Dritter zum Würdekriterium (sonst wäre es keine Begründung). Wenn ich auf die Frage, warum ich einer Person bei ihrem Suizid assistiere, antworte «Die Person hat ihr Dahinvegetieren als menschenunwürdig betrachtet

und wollte deshalb nicht weiterleben», dann wird mein Gegenüber kaum zufrieden sein, sondern nachhaken: «Aber was hat *dich* dazu bewogen, der Person zu helfen?» Darauf könnte ich mich entweder zu der äusserst fahrlässigen Antwort hinreissen lassen: «Tatsächlich erschien mir ihr Leben würdelos.» Oder – was näher liegt – ich würde mich gar nicht auf die Selbstwahrnehmung der suizidwilligen Person berufen, sondern etwa darauf verweisen, dass ich sie nicht allein lassen wollte, dass sie mir leid tat, dass ich eine Verpflichtung hatte, etc. Entscheidend ist, dass die Feststellung einer entwürdigenden Lebenssituation lediglich von der betroffenen Person selbst getroffen werden kann. Dient dieses Urteil zur Begründung des Handelns einer dritten Person, wäre der Referenzpunkt der Begründung nicht mehr die eigene Wahrnehmung (die mir als Dritte nicht zugänglich ist), sondern ein verallgemeinerbares, rationales Kriterium von der Würdigkeit bzw. Unwürdigkeit einer bestimmten Lebenssituation. Aussagen in der ersten Person haben einen anderen normativen Status als Aussagen in der dritten Person. Was gleich klingt, ist alles andere als gleichbedeutend.

Die Argumentation mit dem Verschwinden der Handlungssouveränität als Verlust der Würdigkeit einer Lebenslage hat aber noch eine andere fragwürdige Konsequenz. Nirgendwo begegnen Erfahrungen von Souveränitätsverlust so selbstverständlich und dramatisch wie im ärztlichen Alltag. Allein die Tatsache, Patientin oder Patient zu sein, kommt *ipso facto* einem Souveränitätsverlust (aber eben nicht: Autonomieverlust!) gleich, ganz abgesehen von jenen Souveränitätsverlustsymptomen, die eine Patientin überhaupt zu einer Patientin machen. Wenn der Umgang mit solchen Souveränitätsverlusten zum Normalfall ärztlichen Handelns gehört, ist es schlichtweg unsinnig, eine ärztliche Entscheidung mit dem als würdelos empfundenen Souveränitätsverlust eines Patienten zu begründen.

Die Gleichsetzung von menschlicher Würde mit Handlungssouveränität bzw. einer Vulgärdefinition von Selbstbestimmung führt in die Irre. An dieser Stelle sei nur daran erinnert, dass das

erste der vier bekannten bioethischen Prinzipien «Autonomie» einfordert und nicht Souveränität oder Selbstbestimmung. Das Autonomieprinzip richtet sich gegen Angriffe Dritter auf die individuelle körperliche Integrität und stellt funktional ein Abwehrrecht dar. Damit verbunden ist das Anspruchsrecht, das Dritte darauf verpflichtet, die betreffende Person – wenn immer möglich – in die Lage zu versetzen, sich selbst zu bestimmen. Würde und Autonomie gehen dem konkreten Entscheiden und Handeln stets voraus. Deshalb bestehen Würde und Autonomie unabhängig von bestimmten körperlichen und mentalen Zuständen und deshalb kann ein Arzt die Autonomie einer Patientin wohl missachten und ihre Würde verletzen, aber er kann die Würde der Patientin weder nehmen oder umgekehrt (wieder-)herstellen, noch in irgendeiner Weise befördern.

2.3. *Patientenautonomie vs. Patientenwunsch*

Was folgt aus dem eben Gesagten für die anfangs problematisierte Verbindung von Patientenautonomie und Patientenwunsch? Zunächst einige wenige Bemerkungen zum Charakter von Wünschen. Dass die Äusserung, sterben zu wollen, nicht gleichgesetzt werden darf mit dem Willen zur Selbst-Tötung, dürfte unstrittig sein. Der Sterbewunsch «ist zunächst einmal Ausdruck der aktuellen Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit resp. dem eigenen Zustand» (Grob 2012, 494). Bereits Aristoteles hat die Frage aufgeworfen, ob ein Kapitän frei handelt, der in einem Seesturm Ladung über Bord wirft, um die Mannschaft und das Schiff zu retten. Seine Entscheidung ist frei, insofern er die Wahl hat, ob er den Befehl gibt oder nicht. Er ist aber nicht frei im Blick auf die Situation, die ihn überhaupt mit dem Dilemma konfrontiert.

Der Philosoph Harry Frankfurt hat vorgeschlagen, in solchen Situationen zwischen Wünschen erster und zweiter Ordnung zu unterscheiden. Ein Raucher verspürt in gewissen Abständen den Wunsch nach einer Zigarette. Aber entspricht der *Wunsch* nach

einer Zigarette auch seinem *Willen*, zu rauchen? Auf der ersten Ebene hat er tatsächlich diesen Wunsch. Auf der zweiten Ebene kann er sich aber fragen, ob er angesichts der gesundheitlichen Gefahren, Kosten etc. tatsächlich rauchen will. Wahrscheinlich würde er widersprechen, legte man seinen Wunsch nach einer Zigarette als Ausdruck seines Willens, zu rauchen, aus. Der *freie* Wunsch nach einer Zigarette ist also eigentlich ein Wunsch *wider Willen* und bezogen auf den eigentlichen Willen des Rauchers *unfrei*. «Frei» ist der Wille eines Menschen dann, wenn «er frei ist zu wollen, was er wollen möchte. Genauer heisst das, dass er frei ist, den Willen zu haben, den er haben möchte» (Frankfurt 2001, 77).

Die Differenzierung zwischen der Wahl, die eine Person trifft, und dem Wohl, das sie mit ihrem Wählen anstrebt, rückt die Frage nach der Bedeutung der Autonomie für den Status von Wünschen in ein anderes Licht. Die Feststellung, dass ein Wunsch frei zustande gekommen ist, sagt nur etwas über die konkrete Wahlsituation aus, aber nichts über das Verhältnis des faktisch Gewählten zum übergeordneten Ziel des Wählens. In ausweglosen Situationen wünschen sich (erste Ordnung) Menschen ihren Tod herbei, aber kein Mensch wünscht sich (zweite Ordnung) deshalb auch, in solche ausweglosen Lebenslagen zu geraten. Die Nivellierung der Unterscheidung zwischen dem, was eine Person in einer konkreten Situation wählt, und dem, was diese Person in ihrem Leben anstrebt, ist einem utilitaristischen Menschenbild geschuldet, das nur zu Kenntnis nimmt, was in einer Situation sichtbar wird und das Amartya Sen (Sen 1977) treffend als Weltbild von «*rational fools*» bezeichnet hat.

Auch in der Suizidhilfediskussion begegnet ein solcher Reduktionismus, der lediglich auf die formale und legalistische «Korrektheit» des Wunsches abstellt und jede weiterreichende Frage nach dem Charakter und den Umständen der Präferenzwahl als Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht zurückweist. Sie ist nicht nur blind für die Unterscheidung zwischen der *Wahl*, die eine Person als Handelnde in einer kontingenten Situation trifft und dem *Wohl*,

das sie perspektivisch – im Sinne eines identitätsbildenden Lebensentwurfs – anstrebt. Auch hier kann an die bioethischen Prinzipien erinnert werden, allen voran das dritte Prinzip, das ausdrücklich Benevolenz, also Wohl- oder Gut-Tun, und dies nicht im Sinne einer Wunscherfüllung einfordert.

Viele Beiträge in der Suizidhilfediskussion verwechseln darüber hinaus den Respekt gegenüber dem Wunsch einer Person mit ihrer Komplizenschaft. Ein ethisch reflektiertes Handeln kann sich nicht damit begnügen, medizinische Daten über die Zurechnungsfähigkeit einer Patientenäußerung zu ermitteln, um sich dann – mit dem Hinweis auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten – aus der Affäre zu ziehen. Das entspräche der Auffassung, dass das Recht auf Wahlfreiheit den Versuch verbieten würde, eine Person davon zu überzeugen, keine rechtsradikale Partei zu wählen. Das Wahlrecht wäre nur dann tangiert, wenn versucht würde, die Person an der Inanspruchnahme ihres Wahlrechts zu hindern (vgl. Fischer 2009).

Die letzten Bemerkungen betreffen auch die SAMW-Richtlinien selbst. Die Beschreibung der ärztlichen Grenzsituation mit Hilfe der Konjunktion «Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit» – «Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend» konstruiert genau gesehen einen Nicht-Konflikt. Die Textpassage legt nahe, dass die Achtung des Patientenwillens einen Arzt oder eine Ärztin dazu veranlassen könnte, von dem standesgemässen ärztlichen Handeln abzuweichen. Das wäre aber ein doppeltes Missverständnis. Denn einerseits ist der Respekt vor der Autonomie des Patienten für das Arzt-Patienten-Verhältnis konstitutiv und geht – als Bedingung ärztlichen Handelns – dem konkreten ärztlichen Entscheiden und Tun stets voraus. Und andererseits müsste unterstellt werden, dass die ärztliche Verweigerung, dem Suizidwunsch des Patienten zu entsprechen, eine Missachtung des Patientenwillens darstellt. (Klärungsbedürftig ist dann noch, warum die SAMW an dieser Stelle vom *Patientenwillen* spricht, denn sachlich geht es um *Patientenauto-*

nomie. Die Anerkennung des Patientenwillens fordert die *Umsetzung* oder *Befolgung der Willensäußerung*, die Anerkennung der Patientenautonomie zielt dagegen auf den *respektvollen Umgang mit der Person*). Die Entscheidung einer Ärztin oder eines Arztes, den Suizidwunsch des Patienten zu unterstützen oder einen entsprechenden Wunsch abzulehnen, hat nichts zu tun mit der Frage nach der Achtung oder Missachtung der Patientenautonomie. Die falsche Konfundierung der Erfüllung eines Patientenwunsches mit der Anerkennung der Patientenautonomie konstruiert einen Scheinkonflikt. Die Autonomie des Patienten wird durch die Erfüllung oder Verweigerung seiner Wünsche grundsätzlich nicht tangiert.

3. Das Gewissen als Ausweg oder letzte Instanz?

Die Gewissensentscheidung des Arztes bildet in den Richtlinien der SAMW das Brückenglied zwischen dem Standesethos und den Forderungen, die sich aus der Achtung des Patientenwillens ergeben. Die Probleme dieser Konfliktkonstellation wurden bereits ausführlicher diskutiert. Wenn die Kritik zutrifft, braucht es eine solche Brückenfunktion gar nicht. Damit wird der Hinweis auf die Gewissensbindung der ärztlichen Entscheidung nicht hinfällig, allerdings erhält sie eine andere Funktion. Dass ärztliches Handeln als menschliche Praxis eine Ethosbindung benötigt, gehört seit jeher zum ethischen Allgemeingut. Aber woran bildet sich das ärztliche Gewissen aus und wie kann es dem ärztlichen Handeln in Konfliktsituationen Orientierung bieten? Der Gewissensbezug in den SAMW-Richtlinien hat im Kern die gleiche Funktion wie der Art. 115 StGB im Recht. Hier wie dort geht es um eine Selbstbegrenzung der normsetzenden Instanz. Das Recht definiert – zumindest gemäss der ursprünglichen Intention von Art. 115 – einen Raum affektiver Nahbeziehungen, an dem generelle rechtliche Regelungen an ihre Grenze stossen. Analog markieren die ethischen Richtlinien einen Grenzbereich, der den eigenen Geltungsansprüchen einen anderen Status zuweist. In beiden Fällen handelt

es sich um komplexe und voraussetzungsvolle Argumentationsfiguren, die einem trivialisierten Konsequentialismus weitgehend verborgen bleiben.

Recht und Standesethik nehmen eine Selbstbegrenzung vor, die Entscheidungen jenseits dieser Grenzziehung nicht der Beliebigkeit der Entscheidungssubjekte überlassen, sondern diesen selbst das ganze Gewicht normativer Fundierung aufbürden. Die moralische Zumutung und der ethische Anspruch dahinter werden aktuell von Selbstbestimmungsrhetoriken überlagert. Tatsächlich stellt die Kategorie des Gewissens keine Handlungskriterien zur Verfügung, sondern präsentiert einen Horizont, eine Haltung oder Einstellung, in die persönliche Entscheidungen eingebettet sind. Das macht den Gewissensentscheid nicht beliebig, sondern – im Gegenteil – äusserst anspruchsvoll. Denn hier und jetzt steht die Integrität der entscheidenden und handelnden Person selbst auf dem Spiel. Sie kann sich nicht mehr auf eine Rolle zurückziehen oder hinter einer Funktion verstecken.

Auch Ärztinnen und Ärzte sind immer wieder mit Situationen konfrontiert, die an Martin Luthers Lage am Reichstag in Worms erinnert: «Hier steh ich nun, ich kann nicht anders.» Dieser Standpunkt ist durch einen bewussten Verzicht auf eine Legitimation durch die Profession und das Standesethos gekennzeichnet. Der Gewissensbezug attestiert der eigenen Entscheidung einen situativen Generaldispens und bestätigt im Wissen um die Grenzsituation die Geltung der Regeln für den Normalfall. Wenn die Relation zwischen ethischer Norm und Gewissen dem Verhältnis von Ausnahme und Regel entspricht, stellt sich allerdings die Frage, welche Funktion der Gewissensentscheid in den Richtlinien, die den Normalfall beanspruchen, übernehmen soll. Die Situation der Gewissensentscheidung stellt sich ganz von selbst. Sie ist immer dann gegeben, wenn der Arzt oder die Ärztin in ihrem Gewissen einem standesgemäss geforderten Verhalten nicht mehr zustimmen oder Folge leisten können. Insofern kann genau genommen auch die

Definition der Gewissenssituation nicht Gegenstand eines Regelwerks sein.

4. Revisionsbedarf?

Viele Beiträge zur jüngeren Revisionsdebatte vermitteln den Eindruck, dass die SAMW-Richtlinien eher erklärungs- als revisionsbedürftig sind. Dem klugen und anspruchsvollen ethischen Kompromiss des Dokuments wird die Kritik daran jedenfalls kaum gerecht. Es spricht einiges dafür, dass die Formulierung, Beihilfe zum Suizid gehöre nicht zur ärztlichen Tätigkeit, «weil sie den Zielen der Medizin widerspricht» deshalb so umstritten ist, weil sie gar nicht oder falsch verstanden wird. Die Richtlinie greift an dieser Stelle auf eine uralte ethische Argumentationsfigur zurück: die Frage nach der Zielbestimmung des Handelns, nach dem *telos*, wie es bei Aristoteles heisst. Ziel meint dabei keinen einfachen Handlungszweck, sondern ein oberstes, letztes Ziel, die Griechen – auch die Mediziner unter ihnen – nannten es *eudaimonia*, «Glückseligkeit» oder zeitgemässer, das angestrebte Gute («Benevolenz»), also das, was die Medizin in ihrem komplexen Handeln und in ihren ausdifferenzierten Zwecksetzungen stets im Blick behalten muss.

Vor diesem Hintergrund zeigt sich die Abgrenzung «widerspricht den Zielen der Medizin» nicht nur als richtige, sondern auch als unspektakuläre Distinktion. Der aktuelle Streit um die Formulierung gründet in einem Missverständnis: die Verwechslung der *Ziele* medizinischen Handelns mit dem medizinischen *Handeln* selbst. Dass Suizidhilfe nicht zu den Zielen der Medizin gehört, steht nicht im Widerspruch zur Tatsache, dass sie heute (als Ausnahme oder Grenzfall) eine medizinische Tätigkeit *ist*. Es geht in der Richtlinie nicht darum, die Suizidhilfe von den ärztlichen Tätigkeiten auszuschliessen, sondern von dem ethischen Selbstverständnis abzugrenzen, das dem ärztlichen Handeln zugrunde liegt. Ärztinnen und Ärzte können genauso das erste erwarten, wie von

ihnen erwartet werden muss, auf letzteres zu verzichten. Denn die Bindung an den persönlichen Gewissensentscheid bedeutet *ipso facto* den Verzicht auf seine ethische Legitimation. Gewissensentscheidungen gibt es nicht zum moralischen Nulltarif. Dafür muss die handelnde Person ihren moralischen Kopf schon selbst hinhalten. Das ist genauso von jeder Ärztin und jedem Arzt zu erwarten und deshalb auch die Einsicht, dass ärztliche Suizidhilfe eben nicht zum Selbstverständnis der ärztlichen Tätigkeit gehört. Eine Revision der medizinisch-ethischen Richtlinien im Blick auf die kontroverse Formulierung würde gewiss die relativistischen Geister besänftigen. Dann wäre die Richtlinie immer noch eine medizinische, aber nicht mehr eine ethische.

Literatur

- Fischer, Johannes 2009, Warum überhaupt ist Suizid ein ethisches Problem? Über Suizid und Suizidbeihilfe, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55, 243–253.
- Frankfurt, Harry G. 2001, Willensfreiheit und der Begriff der Person, in: ders., Freiheit und Selbstbestimmung, Berlin, 65–83.
- Gutmann, Thomas 2002, Der eigene Tod – Die Selbstbestimmung des Patienten und der Schutz des Lebens in ethischer und rechtlicher Dimension, in: Ethik in der Medizin 14, 170–185.
- Grob, Daniel 2012, Vom Umgang mit Sterbewünschen: «Ich möchte sterben heisst nicht «Ich will mich umbringen», in: SÄZ 93, 493–494.
- Hoff, Paul 2012, Suizidwunsch bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Symptom oder autonomer Entscheid?, in: SÄZ 93, 852–853.
- Hofmann, Markus 2012, Kritik an Suizidhilfe durch Ärzte, in: Neue Zürcher Zeitung 16.03.2012.
- Kant, Immanuel 1983, Grundlegung der Metaphysik der Sitten, in: Ders., Werke, Ed. Weischedel, Bd. IV, Darmstadt.
- NEK 2005, «Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr.9/2005, Bern.
- NEK 2006, Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme Nr. 13/2006, Bern.
- Pfister, Eliane 2010, Die Rezeption und Implementierung der SAMW-Richtlinien im medizinischen und pflegerischen Alltag, in: SÄZ 91, 520–521.
- Preisig, Erika 2011, Palliativmedizin und Freitodbegleitung: Erfahrungsbericht einer Hausärztin, in: SÄZ 92, 1588–1589.
- Preisig, Erika 2012, Ärztliche Suizidhilfe, in: SÄZ 93, 581.
- Rehmann-Sutter, Christoph 2007, Was bedeutet das «Recht auf den eigenen Tod», in: SÄZ 88, 1109–1112.
- Romann, Christine/Rabia, Lucia 2010, Nachdenken über Sterbehilfe, in: SÄZ 91, 333–334.
- Salathé, Michelle/Zimmermann-Acklin, Markus 2005, Die neuen medizinischen Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, in: SÄZ 86, 171.
- SAMW 2013, Medizin-ethische Richtlinien. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, 5. Aufl., Basel.
- Saner, Hans 2003, Gibt es eine Freiheit zum Tode?, in: Hans-Balz Peter/Pascal Mösl (Hg.), Suizid...? Aus dem Schatten eines Tabus, Zürich, 57–62.
- Schafroth, Marion 2012, Suizidhilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben – die Zeit ist reif für eine Anpassung der SAMW-Richtlinien, in: SÄZ 93, 1226–1227.

- Sen, Amartya K. 1977, Rational Fools. A Critique of the Behavioural Foundations of Economic Theory; dt. in: Stephan Gosepath (Hg.) 1999, Motive, Gründe, Zwecke. Theorien praktischer Rationalität, Frankfurt/M., 76–102.
- Stalder, Hans 2012, Ethik ja – aber bitte ohne Belehrung!, in: SÄZ 93, 1072.
- Tag, Brigitte 2012, Vortrag zum Thema «Suizid und Suizidbeihilfe» an der Plenarsitzung des Deutschen Ethikrats vom 27.09.2012, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Berlin, 13–19.
- Weiss, Philipp 2005, Ärztliche Beihilfe zum Suizid, in: Swiss Medical Forum 5, 222–225.
- ZEK 2012, Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe, in: SÄZ 93, 411–412.

Abkürzungen

EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
FMH	Swiss Medical Association
NEK	Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin
SÄZ	Schweizerische Ärztezeitung
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
ZEK	Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften

Doctors and suicide assistance

International questions and the Swiss context*

Samia A. Hurst¹

1. The ‘Swiss model’ and its origins

Switzerland authorizes suicide assistance without requiring the participation of doctors.⁽¹⁾ This is a unique legal framework. The few other countries and states allowing suicide assistance require medical participation as a safeguard. Doctors are trusted not to misuse suicide assistance, they are in control of prescription drugs, they are believed to know how to ensure that death is painless, and they are trusted to offer palliative care competently.

Article 115 of the Swiss Criminal Code considers assisting suicide a crime if and only if the motive is selfish. As a consequence, altruistically assisting suicide is permissible. The only three conditions required for lawful suicide assistance are that 1) the motive be unselfish²; 2) the act being considered actually constitute suicide, requiring that the dying person herself perform the lethal action; and that 3) the dying person be capable of decision-making

* An earlier version of this text was presented as a conference to the Central Ethics Commission of the Swiss Academy of Medical Sciences on February 22nd 2013 in Bern.

¹ Institute for Biomedical Ethics, Geneva University Medical School, Switzerland (samia.hurst@unige.ch).

² Case law also defines this as requiring that there be no payment for such assistance or financial interest in the assistee’s death.

at the time of her decision and at the time where the suicide takes place. This unique legal framework draws its origins from a different and earlier stage in discussions regarding suicide and suicide assistance than is the case for legislations in other countries. One of its results is that the discussion surrounding doctors' participation in suicide assistance takes a different form in Switzerland. In contrast to other countries, Switzerland has explicitly separated discussions regarding medical participation from discussions surrounding the permissibility of assisted death *per se*. Most suicide assistance is performed by Right-to-die associations, with doctors participating only if they agree to do so.

One result is that medical participation as such has been the object of enduring debate within Switzerland. The Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS), which establishes medical-ethical guidelines for the Swiss medical professions, has taken different stands on this issue over time. In its 1995 guidelines on "Medical care of dying persons and severely brain-damaged patients"(2), it stated that assisted suicide is "not a part of a physician's activity." This statement was ambiguous. It was usually understood to mean that physicians should not assist suicide. The guideline, however, was also understood by others to place assisted suicide outside the purview of professional oversight, and to refer physicians, as citizens, to the law.(1) In 2004, the SAMS revised its guideline, now entitled "Medical care of dying persons". The changed wording is still current in the revised 2013 version of the guideline, and has been the object of some debate as it redefines conditions for medical participation in suicide assistance. As this is the central topic of this chapter, the new directive on suicide assistance merits being cited in full(3):

4.1. Assisted suicide

According to Article 115 of the Swiss Criminal Code, helping someone to commit suicide is not a punishable offence when it is done for unselfish reasons. This applies to everyone.

With patients at the end of life, the task of the physician is to alleviate symptoms and to support the patient. It is not his task to directly offer assistance in suicide, he rather is obliged to alleviate any suffering underlying the patient's wish to commit suicide.

However, in the final phase of life, when the situation becomes intolerable for the patient he or she may ask for help in committing suicide and may persist in this wish.

In this borderline situation a very difficult conflict of interests can arise for the physician. On the one hand assisted suicide is not part of a physician's task, because this contradicts the aims of medicine. On the other hand, consideration of the patient's wishes is fundamental for the physician-patient relationship. This dilemma requires a personal decision of conscience on the part of the physician. The decision to provide assistance in suicide must be respected as such. In any case, the physician has the right to refuse help in committing suicide. If he decides to assist a person to commit suicide, it is his responsibility to check the following preconditions:

- The patient's disease justifies the assumption that he is approaching the end of life.*
- Alternative possibilities for providing assistance have been discussed and, if desired, have been implemented.*
- The patient is capable of making the decision, his wish has been well thought out, without external pressure, and he persists in this wish. This has been checked by a third person, who is not necessarily a physician.*
- The final action in the process leading to death must always be taken by the patient himself.*

The tension surrounding medical participation in suicide assistance is quite perceptible in this text, and tends to focus on four

questions. The first is the compatibility of suicide assistance with the ethos of medicine. The second is whether medicalizing death in the specific case of suicide assistance is ethically better or worse than entrusting this practice to non-doctors. The third is whether medical participation ought to be allowed in a greater – or smaller – scope of cases than the SAMS guidelines currently allow. The fourth is whether medical participation ought to be *required* to a greater degree than it currently is in Switzerland. To address these questions, this essay will describe the ‘Swiss model’ and some of its areas of tension, outline issues associated with medical participation in suicide assistance, and attempt to outline ways in which these issues might be resolved.

1.1 Origins

The origins of the Swiss model begin towards the end of the 19th century. The occasion was the drafting of the first Swiss federal criminal code, which was to replace previous cantonal criminal codes. At that time, suicide was progressively becoming decriminalized in Continental European legislations. The rise of psychiatry had heavily contributed to changing views on suicide, which came increasingly to be seen as resulting from rather than as a criminal offense, as it often was and still is in some countries. The criminalization of suicide reflected a pre-Enlightenment view of suicide and attempted suicide as either a crime against divine or natural law, or as a form of theft: that of one’s person, a subject of the sovereign and rightfully his, to be compensated by confiscation of one’s belongings.(4) Shifting from a view of suicide as a crime to that of suicide as a symptom of disease meant that those attempting it deserved pity and care, rather than condemnation. It also left a category difficult to deal with: that of ‘rational suicides’, attempted following a balanced reckoning of one’s current situation in life and likely future and leading to a conclusion that death was in this case preferable to continued life. How should such cases be dealt

with? There was also a conceptual legal question: ceasing to consider suicide a crime meant that suicide assistance could no longer be considered straightforwardly as complicity in a crime, since this crime no longer existed. What, then, should be done about this specific act?

On the first point, it was argued at the time that suicidal persons deserved compassion whether or not their act originated in a mental disorder, a point already accepted in Swiss law : *«Swiss laws exclude from punishment the suicidal person who has failed; whereas in most cases this will regard persons with mental deficiencies, in all cases these people find themselves in such desperate circumstances as to merit our compassion rather than a punishment.»* (5).

Swiss legislators debated the second point, namely what to do regarding suicide assistance, rather heatedly. On the one hand, it was argued that it should remain a crime in its own right: *«Inciting and assisting suicide is an act of such immorality and the behavior of those implicated in it represent such a violation of legal order that specific repression is necessary.»* (6) On the other hand, examples were used to illustrate how, in some cases, assisting suicide might be not only understandable, but morally acceptable as well : *« It would be contrary to the sentiment of humanity to punish the person who helps to die a friend who has been humiliated and dishonored by his own past faults, and this whether it happens to be assistance or incitation to suicide. It would be contrary to justice to punish the one who offers assistance, by encouragement or by the provision of instruments, to the suicide of a person who has decided to end his life, when this person is in a terminal phase.»* (7) The conclusion of this debate was that there was indeed a 'wrong-making feature' in some cases of suicide assistance, and that this was what ought to be punished. In cases where the person assisting suicide stood to gain from the death of the assisted person, this should constitute a crime. *«Incitation and assistance in suicide, themselves, can be inspired by altruistic motives. This is why the project limits itself to incriminating them when the author has been led by selfish motives: let us think of a case of incitation to suicide of a*

person whom the author must sustain, or of whom he hopes to inherit (...)
(8)

Selfishly motivated suicide assistance, then, entered the Swiss criminal code. Since the existence of such a motive was part of the definition of the crime, however, suicide assistance was not considered as criminal in its absence. All other cases, then, were henceforth legal.

1.2 Core elements of the 'Swiss model'

The model designed at the beginning of the 20th century did not rest primarily on examples drawn from end-of-life care. Consequently, doctors did not play a central role in its structure. This model was challenged several times by attempts either to set up stricter boundaries, or to liberalize it further for example by legalizing euthanasia. To date, all such attempts have led to a confirmation of the status quo. (9)

Swiss legislation on suicide assistance can be understood as composed of three elements: suicide assistance as a liberty right, trust in individuals who have forged a genuine mutual understanding, and resistance to the medicalization of an act which can currently be performed by non doctors.

1.3 Suicide assistance as a liberty right

The first element of the 'Swiss model' is a recognition of suicide assistance as a liberty right of individuals. Neither the person committing suicide nor the person assisting her can be compelled to do so, nor – as long as the legal requirements are fulfilled – can they be compelled not to do so. This rests on the recognition that our lives ultimately belong to us, that there is such a thing as 'rational suicide', and that assistance in such cases is not blameworthy. Crucially, this does not imply that anyone has a right to obtain suicide assistance. The law limits itself to defining a space within which free consenting individuals may do as they please. It does

not make it a duty for anyone to provide suicide assistance. A person who requests such assistance and fails to obtain it is not considered as having been wronged by anyone. This aspect of Swiss law was confirmed all the way to the European Court of Human Rights in the case of *Haas vs Switzerland* (10), where a mentally ill (but competent) patient requesting suicide assistance failed to find a willing helper. The Court found that his rights had not been breached and confirmed the status of suicide assistance in Switzerland as a liberty right.

1.4 Trust in individuals

The second element of the ‘Swiss model’ is trust in those individuals who are seen to have formed a realistic and genuinely shared understanding of the situation with someone requesting suicide assistance, and come to an agreement to proceed with it. This mutual understanding of persons seems to be one of the crucial aspects determining whether or not a case of suicide assistance is viewed as morally permissible or not. Suicide assistance is viewed as a matter of privacy, and this privacy is respected inasmuch as the individuals who have recourse to suicide assistance are trusted by third parties to have acted on such a realistic and mutually shared understanding. This has been argued elsewhere to be a reason for mandating the participation of the patient’s primary care physician, with whom the patient will have formed such a relationship (11). In Switzerland, however, whether or not the person entering into this relationship is a doctor is secondary to whether or not such a genuine meeting of persons has taken place. This was strikingly illustrated in a 2010 case involving a patient who had become too weak to kill herself, even with assistance. Because she suffered from a degenerative neurological disorder, the helper had installed an intravenous line through which the lethal substance would be administered. The patient had to activate the infusion herself for the case to be a suicide rather than a case

of euthanasia. When the appointed time came, however, the patient was unable to activate the mechanism. Since suicide assistance had become impossible, the only manner in which she could now be assisted in dying was to perform euthanasia. This is illegal in Switzerland, a fact which both the patient and the helper knew. Nevertheless, the helper offered to activate the mechanism initiating the infusion. The patient accepted, pressed the mechanism again (ineffectively) and worded 'now', the helper activated the mechanism and the patient died peacefully. The helper was, of course, prosecuted. She was ultimately acquitted on appeal: it was recognized that, although she had committed an illegal act, she was in a 'state of necessity', a situation such that breaking the law was justified on the grounds that it constituted the only way forward which could protect the most important interests at hand. Importantly, the unpredictability of the situation was central to the case: this means that the ruling cannot serve as a precedent allowing future cases of planned euthanasia in situations where a patient is too weak for suicide assistance. That the helper was a retired doctor did not play a central role in the case. The central elements were 1) that the account was convincing as to the patient's will, and 2) that it was clear that there had been a realistic and genuinely shared understanding between her and her helper. Trust in such meetings, in this case, was sufficiently important to form part of the grounds for acquittal even in a case of euthanasia.

1.5 Resistance to medicalization

That the fact that the helper was a doctor did not play a central role may seem strange from the viewpoint of most countries which have legalized suicide assistance or euthanasia. In Switzerland, however, it is not. The third element of the 'Swiss model' is support for a legal framework which does not require the participation of doctors in suicide assistance, and resistance against medicalization of this framework. Suicide assistance is viewed as a liberty

right, a matter of privacy if two persons have arrived at a realistic and shared understanding, and clearly such an encounter can take place whether or not the helper is a doctor. Currently, suicide assistance is legal in Switzerland whether or not the helper is a doctor. Moreover, doctors' participation is viewed as problematic by part of the medical profession, who deem it to be in opposition with the role of medicine to cure and to preserve life. There has also been resistance to medicalizing suicide assistance from outside the medical profession. Although data are scarce as to the reasons, this could form a part of a more general resistance to the medicalization of the dying process among parts of the Swiss population. In addition, some doctors' reluctance to providing suicide assistance could reflect concerns that medicalization of suicide assistance would result in a multiplication of barriers and (possibly bureaucratic) pre-requirements to obtaining assistance; a view which was supported by proposed legislations which would have required medical participation and would indeed have raised administrative barriers at the same time.

1.6 An issue of pluralism

This entire model rests on a recognition that this is a 'management of pluralism' issue. To find suicide assistance acceptable, it is necessary to accept: 1) that our lives 'belong to us' in the sense that everyone has ultimate authority over one's own life; 2) that there is such a thing as rational suicide; 3) that it can be sufficiently reliably distinguished from non rational suicide; 4) that killing oneself is ultimately a personal right at least in cases of rational suicide; 5) and that assisting suicide is sufficiently different from killing to be free from the wrong-making features of killing. Several of these points give rise to durable disagreements, which sometimes fall along religious lines. Suicide assistance as a practice is thus unlikely to ever achieve complete consensus. This being so, the question is not so much whether we can establish a robust moral truth regard-

ing the moral permissibility of suicide assistance, but how we can achieve legislation that is fair to all despite our disagreements. The answer implicit in the ‘Swiss model’ is that leaving these choices to thoughtful, responsible, individuals is ultimately the fairer option: it leaves open the practice of suicide assistance within certain constraints for those who agree with it and perhaps seek it, while making no impositions on those who oppose the practice.

1.7 A unique framework

On all these counts, Swiss legislation regarding suicide assistance is rather different from that of other countries. Considering suicide assistance to be a liberty right is unusual. Outside Switzerland, suicide assistance is either forbidden or considered a claim right, an entitlement, implying that such assistance should in principle be available from some third party under more or less restrictive conditions. Doctors’ participation is required. Although they are allowed a right to conscientious objection, this is different from considering suicide assistance to be a liberty right and places a greater onus on making suicide assistance available.

Grounding the acceptability of suicide assistance on trust in individuals is also highly unusual. Elsewhere, trust in the process of such assistance is grounded in specified and documented pre-requirements and compulsory reporting. The lack of such administrative obligations seems to make the Swiss model potentially very permissive indeed. In practice, however, it seems to be going in the opposite direction. The lack of clear requirements and reporting is a source of insecurity for individuals, who are often unsure as to whether they will be trusted or to do the right thing or prosecuted if they proceed with suicide assistance. That the model rests on trust in individuals has made participants more, rather than less prudent. This is, paradoxically perhaps, one of the weak points in the ‘Swiss model’, as patients who request suicide assistance in circumstances where potential helpers are not sure of obtaining the

public – and the court’s – trust can be led into long and unsuccessful attempts to obtain suicide assistance where a simple ‘no’ would have been easier to deal with. In a recent human rights case, Switzerland was reprimanded and asked to clarify criteria for permissible suicide assistance to avoid the anguish that this uncertainty could cause for patients requesting it (12).

Finally, resistance to the medicalization of suicide assistance is unique to Switzerland and has had a decisive imprint on Swiss law. All other legislations allowing suicide assistance require medical participation, and discussions regarding legalization of assisted suicide always consider this to be necessarily about *physician* assisted suicide. Doctors are trusted not to misuse suicide assistance, because the preservation of life is among their central duties. They are trusted to be knowledgeable of alternatives, able to counsel patients on their options and prognosis, and to administer palliative care in an competent manner. They are expected to assess their patient’s decision-making capacity accurately, and screen for depression or other mental disorders affecting competence effectively. They are in control of prescription drugs, which are the method implied by the aim of a peaceful death. They are believed to know how to ensure that death occurs as planned and in a painless manner. For all of these reasons, doctors are considered to be the most appropriate supervisors and providers of suicide assistance. Discussions regarding whether such assistance should be made legal rarely considers the option of providers other than doctors (13). The Swiss model allows a role for non doctors (1), sometimes a central role as the primary helper. This has several effects. Firstly, it clearly distinguishes the question of medical participation from that of the permissibility of assisted dying *per se*, a point more difficult to make in other legislations. Secondly, it avoids compulsory medicalization of the dying process. Suicide assistance typically takes place in patients’ homes, and for some it can constitute a way of avoiding a medicalized hospital death. Thirdly, defining something as a medical act implies that patients should in some

way be guaranteed access to it. The fact that assisted suicide is not a medical act clarifies its status as a liberty right imposing no duties on anyone. By allowing that assisted suicide need not be *medically* assisted, Swiss legislation thus avoids a number of difficulties which are very present in some other legislations.

2. Difficulties within the ‘Swiss model’

Overall, the Swiss model is well accepted (14), and all past challenges to it have resulted in confirmation of the status quo. That it nevertheless continues to raise controversy in Switzerland has two reasons. First, it is unlikely that an issue such as suicide assistance will ever garner complete consensus in any society, even one in which most citizens accept and even welcome this possibility. Second, even those who accept suicide assistance in principle do not agree on every aspect of how it should be implemented. Such discussions tend to focus on three interconnected points. Firstly, because the law defines so few criteria, thresholds for the acceptability of suicide assistance in individual cases are unclear and controversial. Secondly, the status of lay helpers is fraught with contradictions. Finally, because medical participation is not required, the question of the acceptability of doctors’ participation in suicide assistance is an open one. This last point is a persistent point of debate within the Swiss population and medical profession.

2.1 Controversial thresholds

To consider suicide assistance legal, Swiss law requires that the act in question be suicide, that the person who kills herself be capable of decision-making, and that the helper have no selfish motive. From a legal standpoint, then, the principal requirement is a persistent autonomous request from a person who then commits the final act herself, thus making her death a suicide (Figure 1). There is already an element of tension here. Other legislations require some form of suffering resistant to palliation, and make the

convergence of this suffering with a competent patient's persistent wish to die into the cornerstone of legal assisted death. Swiss data on attitudes towards suicide assistance (15) and the controversies that arise following the exceptional cases where suffering was not clearly present suggest that societal consensus in Switzerland also tends to focus on situations where both a clear persistent autonomous wish to die and persistent suffering despite palliation are present (Figure 2).

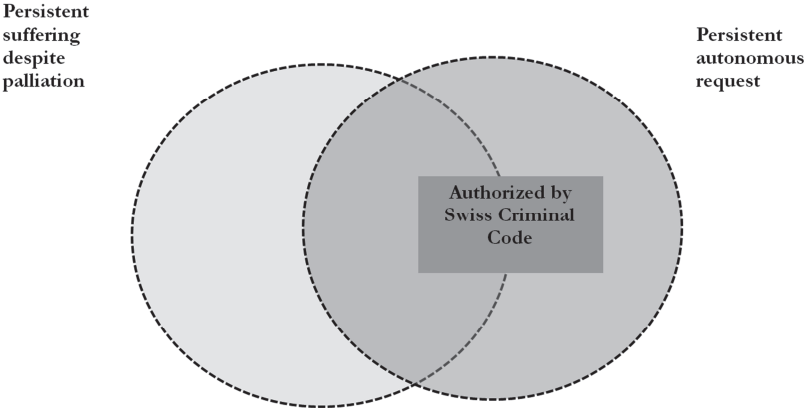


Figure 1: Swiss legal framework regarding suicide assistance

Persistent
suffering
despite
palliation

Persistent
autonomous
request

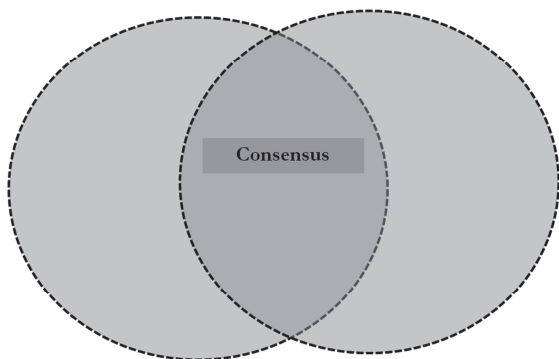


Figure 2: Public attitudes regarding permissibility of suicide assistance

Persistent suffering, then, is required by social consensus despite not being required by law. What forms of suffering qualify? Clearly, intense physical or mental suffering both qualify. The latter was confirmed in the Haas vs Switzerland case: that the motive for the assistance request was suffering associated with a mental disease, rather than physical suffering, was not part of the argument. Controversy is more intense when the person's distress is 'purely subjective' and is not associated with an observable disease generally known to cause suffering. Examples include elderly patients with multiple, though not life-threatening, chronic diseases, who make statements to the effect that their meaningful life is over. Such rare cases are usually qualified as persons who are 'tired of living'. More realistically, these persons are 'tired of suffering', but present with a form of suffering which is controversial as grounds for suicide assistance. This is obviously a difficult point in all legislations allowing suicide assistance, whether they require suffering as a legal precondition, as is usually the case, or through other norms, as is the case in Switzerland. One way to cut through

this difficulty is to require an ‘objective’ form of suffering through a medical diagnosis. Although a medical diagnosis is not legally required for legal suicide assistance in Switzerland, in practice right-to-die associations require that an incurable disease be medically certified. The Swiss Academy of Medical Sciences goes further and requires a terminal disease. The exact statement, contained in its guideline on “End-of-life care” is that “ The patient’s disease justifies the assumption that he is approaching the end of life.”(3) These two thresholds, that the patient should suffer from an incurable disease or from a terminal one, are of course quite different (Figure 3). The Swiss Academy of Medical Sciences takes the more restrictive approach in requiring a terminal disease, in addition to a clear persistent autonomous wish and to persistent suffering despite palliation (Figure 4).

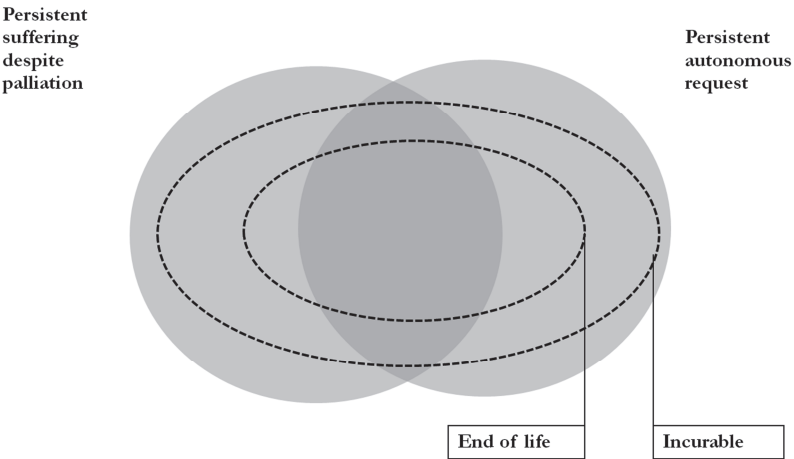


Figure 3: Controversial thresholds

Persistent suffering despite palliation

Persistent autonomous request

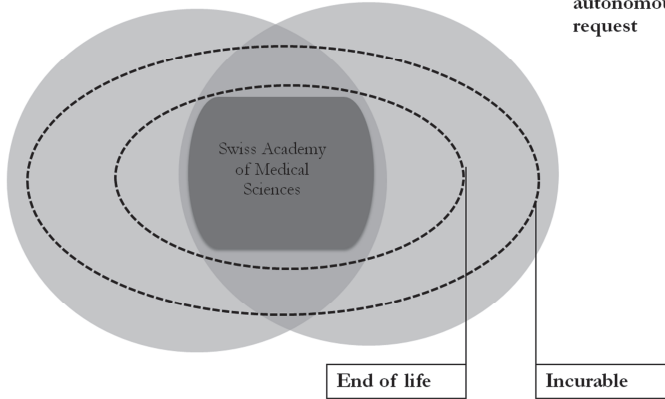


Figure 4: Swiss Academy of Medical Sciences Guidelines

2.2 Lay helpers

Lay helpers are private individuals who join Right-to die associations and volunteer to provide suicide assistance to those who request it and who meet criteria mandated by law and required by these associations. Although some are health care providers – several are retired doctors – this is by no means a requirement and many have no specific training relevant to end of life care. Their situation illustrates some of the paradoxes of the ‘Swiss model’. First, lay helpers are members of grass-root organizations rather than professionals. This means that there are no training or skill requirements for this role. This fits very well with the trust in a genuine encounter between private individuals which forms one of the components of the ‘Swiss model’. It does, however, also mean that skills such as assessing decision-making capacity or ensuring support for family members are not a required and obviously this can be problematic. Second, although assisting suicide is considered a liberty right never to be imposed on anyone, the associative

structure of Right-to-die associations cannot really avoid functioning on the basis of a division of labour. It is difficult to see how lay helpers could truly meet requests strictly as individuals, rather than as members of the association, when it is this association that is being solicited. Thirdly, because the thresholds for acceptable suicide assistance in Switzerland are unclear, these volunteers are collectively entrusted with figuring out what the right limits ought to be. This leads to risks that their choices will be challenged, in the public sphere or in court. Finally, volunteers are sometimes confronted with situations where suicide assistance does not work or becomes impossible, for example because the patient's functioning has deteriorated to the point where she can no longer perform the final gesture to kill herself. In a few such cases, such as the 2010 case mentioned earlier, lay helpers have performed euthanasia despite full knowledge that this was a criminal offence. According to the account given in this case, the emotional and moral burden of leaving a suffering patient with no recourse, when the helper and the assistee had agreed that conditions were met for suicide assistance, was described as simply too great. Although such cases are exceptional, they must count as a significant risk in the role of lay helpers, both because they expose them to court proceedings and sanctions, and because they represent a transgression of Swiss law, which forbids euthanasia.

2.3 Doctors' roles

Resistance to medicalization of suicide assistance is an important aspect of the 'Swiss model', but it has only been partly successful. Despite not being explicitly required in the role of helpers, and thus not necessarily entrusted with the role of guarantors of the process as they often are elsewhere, doctors are thus nevertheless involved because they remain necessary at several points in the process. The overwhelming majority of suicide assistance cases are conducted through the ingestion of barbiturates,

which are only available with a medical prescription. The law requires that the dying person be capable of decision-making, and Right-to-die associations may request medical certification of capacity. Moreover, although the law makes no such requirement, Swiss practices and guidelines require a terminal or otherwise incurable disease and this assessment too rests on medical evaluation. Finally, suicide assistance, like all suicides, is considered an ‘unnatural death’ and must be reported as such to the authorities before the body is removed. In most cantons, this means that a specialist in forensic medicine will be called to assess the case and may advise the police as to whether prosecution is warranted. Rather than eliminating doctors from the process entirely, then, the ‘Swiss model’ gives them the option of remaining at the margins or the process rather than taking a central, piloting role. By not explicitly requiring their participation, this model also leaves open the question of whether or not doctors ought to participate in suicide assistance. This has been an enduring point of debate, as the medical profession remains divided over the compatibility of suicide assistance with medical ethics. Some view assisting death as contradicting the goals of medicine centrally understood as healing and maintaining life. Medicine, however, also has other goals such as prevention, the alleviation of suffering, or support of the patient’s autonomy: suicide assistance can be understood as entirely compatible with these (16). Data on the attitudes of Swiss doctors are scarce. In one study, 13% of doctors considered suicide assistance to be a legitimate part of medical practice, 8% considered that it should be morally condemned in every case, and 72% considered that it “should not be morally condemned but is a non-medical intervention”. In the words of the authors, these data confirm that suicide assistance ‘is accepted by a large number of health care professionals, as long as it proceeds within well-defined rules and does not become a medical standard patients could claim’(15).

3. Medicalization: current and possible forms

As we have seen, there are several possible roles for doctors and not all are controversial. It is useful to distinguish medical roles in the care of suicide requestors, in assessing requirements for suicide assistance, in prescribing a lethal medication, in assistance itself, and in verification that specific prerequisites have been satisfied.

3.1 Care of suicide requestors

This is an uncontroversial part of doctors' role, which Alex Mauron and I have described in greater detail elsewhere (17). A request for suicide assistance is an emotionally taxing situation, where an empathic and respectful response is of particular importance. These requests should be carefully listened to. Many are expressions of suffering, and are withdrawn by patients after alternatives, including symptom management, are explored and identified. However, this is not always the case (18). Although the controversies and emotions surrounding this topic can make these discussions difficult, remaining non-judgmental is important to patient management. The patient's request should be discussed and clarified. If she is competent to make decisions, a structured discussion about advance care planning should take place, and the possibility of writing advance directives should be offered (19).

In all circumstances, suffering should be assessed using a holistic 'total suffering' palliative care approach (see for example (20)). Depression should be screened for and treated if present. Where relevant and available, specialized palliative care expertise should be offered. Whenever possible, symptom management should be handled by a team of health care providers with complementary expertise.

Exploring alternatives and alleviating suffering are recognized as part of the legitimate role of medicine regardless of individuals'

positions on suicide assistance. This part of the ‘medicalization’ of suicide assistance, then, is not controversial.

3.2 *Assessing requirements for suicide assistance*

The only legal requirements on the person requesting assisted suicide in Switzerland is that she should perform the final act herself, and that she should be capable of decision-making throughout the decision process and until the suicide itself. Under Swiss law, decision-making capacity is presumed in adults and older adolescents. Evaluation of decision-making capacity is not, then, technically required prior to suicide assistance. In practice, however, the decision-making capacity of persons who request suicide assistance is tested to alleviate doubts regarding pathological suicide requests. Doctors, then, have a role in assessing whether this criterion is fulfilled. Since finding the patient incapable of decision-making effectively constitutes a veto of suicide assistance, some doctors find this evaluation difficult to distinguish from an active participation in assistance itself. Assessing decision-making capacity for assisted suicide is also difficult to distinguish from evaluating the rightness or wrongness of suicide assistance in a particular situation. This makes it a difficult task. Although this evaluation is usually within the remit of doctors, the SAMS guidelines “Medical care of dying persons” allows the verification of decision-making capacity to be conducted by a non doctor: *The patient is capable of making the decision, his wish has been well thought out, without external pressure, and he persists in this wish. This has been checked by a third person, who is not necessarily a physician.*

Although the law does not require any particular kind of suffering or even a medical diagnosis, current Swiss practices and guidelines do. Doctors, then, have a role in clarifying a patient’s medical diagnosis and prognosis, and this will be considered relevant to a patient’s suicide assistance request. Although disease-based preconditions for suicide assistance do raise some controversy, it is

recognised that if they are to be evaluated then this should be done by a doctor. This is a recognized part of the role of medicine and not controversial.

3.3 Post-mortem verification

Once suicide assistance has taken place and the patient has died, death must be confirmed. This is another uncontroversial role of doctors. Like all suicides, assisted suicide is considered an ‘unnatural death’ and must be reported as such to the authorities before the body is removed. In most cantons, this means that a forensic medicine specialist will be called to assess the case. This doctor will advise the police as to whether prosecution is warranted. Although formal declaration of suicide assistance cases to an oversight body is not mandated by Swiss law, this step involves a form of oversight. Here too, medicalization is uncontroversial.

3.4 Prescribing lethal drugs

In an overwhelming majority of cases suicide assistance involves the ingestion of barbiturates, which are only available with a medical prescription. This is what most clearly gives doctors a gatekeeper role, as they are the only ones allowed to deliver such a prescription. Should they agree to perform it, this act also imposes duties on them. Swiss law on therapeutic products provides that a drug can only be prescribed if the patient’s health status is known (Art 27 al.2 LPT^h). This is often understood as implying that the doctor who writes the prescription must see the patient.

Entrusting doctors with a gatekeeper role is a form of medicalization of suicide assistance. There is some controversy on this point. First, the decision to prescribe a lethal drug or not is sometimes understood to mean that the patient’s health status renders the prescribed drug ‘indicated’. This was recently confirmed by a cantonal court case in which a doctor was found guilty of prescribing barbiturates for suicide assistance in a patient with symptoms

strongly suggestive of advanced rectal cancer, but who had refused the rectoscopy required for a visual confirmation of this diagnosis. This seems to imply that the doctor who prescribes a lethal drug must express in medical terms whether suicide assistance is right or wrong in this case. This stretches the notion of 'medical indication' beyond plausibility since the rightness or wrongness of suicide assistance is clearly not exclusively a medical question.

This gatekeeper role also means that doctors have the de facto ability to veto suicide assistance; and since assisting suicide is a liberty right, doctors do not have to provide any justification for their refusal. In the Haas case, a patient who was refused suicide assistance sued for the right to obtain barbiturates over the counter, without a medical prescription.⁽¹⁰⁾ The court found against him, thus confirming the status of suicide assistance as a liberty right rather than an entitlement, but at the same time failed to provide an alternative to the medicalization of this step in the process. In the Gross case, the court found that the uncertainty resulting from this veto power had caused sufficiently great anguish to represent a breach of the patient's rights.⁽¹²⁾

How, then, can medicalization of suicide assistance still be described as controversial in Switzerland when this crucial step remains exclusively in the hands of doctors? Elsewhere, a lethal prescription is considered to *be* suicide assistance. Although the doctor writing it may or may not be present with the patient during her suicide, when she writes the prescription she is deemed to have provided suicide assistance. In Switzerland, it is usually not the prescription but the drug itself which is given to the person requesting suicide assistance, on the day she has appointed for her own death. Right-to-die associations will send a lay helper, who will fill the prescription at a specially authorized pharmacy and bring it to the person at her home. She will then drink it in her presence. The reasons given for this process is that lay helpers provide support and presence for the dying person and her loved ones, but also that this prevents misuse of a drug which after all

could be used to kill someone else. In Switzerland, then, although prescribing a lethal drug is certainly a part of suicide assistance, the central act is not the prescription but this final step.

3.5 Assistance itself

This final step in the process is the one regarding which medicalization is most explicitly resisted because regulations which would make this step the exclusive prerogative of doctors would be alien to the ‘Swiss model’. Allowing a role for non doctors, for persons who accept to provide this help simply as a fellow human, is a crucial element of the Swiss model (1). This does not exclude doctors from performing this final step, however, and some do in fact agree to assist suicide including this final step.

Finally, the refusal to entrust this final step to doctors probably also represents resistance to medicalized forms of dying. As stated above, suicide assistance typically takes place in patients’ homes, and for some it can constitute a way of avoiding a medicalized hospital death.

3.6 A medicalized debate?

As this review of medical roles in suicide assistance in the ‘Swiss model’ shows, some components of suicide assistance are already medicalized. Some are procedural components and part of the verification that legal, regulatory, and societal requirements for suicide assistance are met. Doctors are entrusted with clarifying the person’s medical situation, exploring alternatives to suicide, alleviating suffering, and assessing decision-making capacity. Other components are more substantial, and come closer to evaluating whether there is something akin to a ‘medical indication’ for suicide assistance: evaluating a disease as incurable, or a disease state as terminal. These components are more controversial, notably because there is no real consensus on what the threshold for acceptable suicide assistance should be. The strongest tensions re-

volve around the notion that there could be something akin to a ‘medical indication’ in the domain of suicide assistance, and around the appropriate disease threshold.

Neither should surprise us. The very idea that the appropriate threshold for suicide assistance should be a medical one goes against the grain of the ‘Swiss model’, which is premised on a genuine meeting of morally diverse individuals. In a system underpinned by the recognition that suicide assistance is the object of enduring moral pluralism, and which leaves the decision of altruistic suicide assistance to individuals, the requirement for incurable or terminal illness seems contradictory. True, such requirements could serve to confirm that the wish to die will be persistent, that it is authentic, that it is rational, and that the patient is indeed suffering. On all four of these elements, however, it is unclear that a medical diagnosis is the only, or indeed the best, manner in which to ascertain it.

Following the Gross case, it is possible that Swiss legislation regarding requirements for suicide assistance will be revised.³ Should this happen, it is likely that part of the discussion would focus on whether an incurable or a terminal state should form the correct threshold. Given the arguments outlined here, there is a strong case in favour of not requiring a terminal disease. A terminal state does not seem to add any additional safeguards as contrasted to an incurable state. Both are similarly useful proxies for the persistence, authenticity, and rationality of the person’s wish to die, and of the persistence of the suffering which leads to it. On each of these dimensions, it is difficult to see what a terminal diagnosis adds to one of incurability.⁴

³ This is far from certain. As of this writing, Switzerland has appealed against the Gross ruling. Moreover, even if the ruling were to be upheld, past attempts to modify elements of Swiss legislation regarding suicide assistance have up until now all lead to a confirmation of the status quo.

⁴ One argument that a terminal disease does add is that the amount of life cut short by suicide is likely to be shorter. This would make a moral difference if the

We should also consider whether this question of ‘incurable vs terminal’ may be the wrong one. If both incurability and a terminal state function as proxies here, this should give us pause. The ‘Swiss model’ does not resolve the question of whether a suicide is to be considered ‘rational’ based on decision-making capacity, or based on whether the grounds for requesting suicide are deemed to be ‘correct’ by some form of social consensus. It seems we do want some form of ‘correctness’ to attach to the reasons, but what, then, are ‘correct’ reasons? Because the reasons which raise the least controversy in contemporary societies are disease-based, this results in what may be the most basic form of medicalization: that of the discussion itself. This raises two difficulties. Doctors who are hesitant in declaring a case of suicide assistance to be ‘medically indicated’ are expressing the first: an unease with the view that a disease could constitute a form of ‘indication’ to suicide and suicide assistance. The second is more basic: how are the notions that our lives belong to us and that suicide is ultimately a personal right in cases of rational suicides to be reconciled with the notion that rational suicides are only those based on reasons for which there is some form of societal consensus? Because medical conditions are consensual, we tend to focus on them rather than addressing this other, more difficult, question directly.

If we accept that, consistent with the Swiss legal framework, suicide is rational based solely on the decision-making capacity of the

wrongness of assisting suicide was affected by the length of remaining life in case suicide did not take place. If the shortening of life through suicide assistance was considered to harm the person who died in this manner, then, such harm could arguably be less if the amount of life lost were shorter. The Swiss model of legal assisted suicide, however, is predicated on the idea that if a person is capable of decision-making, then it is up to her to decide whether or not she is harmed by dying. One may add that a person suffering intolerably would plausibly view a foreshortened life as a benefit and that restricting suicide assistance to terminal patients contributes to inflicting a comparatively greater harm to long-term sufferers.

person requesting it, then a disease state may still function as a proxy for other aspects we care about. If this is its role, however, do we need it at all? Why not assess these other elements directly?

Doing so would have several implications. First, we would have to accept that persistence, authenticity, and rationality of the person's wish to die, and the persistence of the suffering which leads to it, can exist either because of a medical condition or because of other durable circumstances of life. Rather than evaluating whether a person is suffering from an incurable or terminal disease, then, the question could become whether this person is suffering from modifiable or non-modifiable circumstances. This would of course include a medical evaluation of whether a disease state was modifiable or not, but not exclusively. Hume famously stated in his essay *On suicide*:

"That Suicide may often be consistent with interest and with our duty to ourselves, no one can question, who allows, that age, sickness, or misfortune may render life a burthen, and make it worse even than annihilation."(21)

Such circumstances are not limited to disease states. Any irreversible source of such suffering may be a truer confirmation that a request will be persistent than the mere presence of a medical diagnosis.

This is an uncomfortable conclusion. A second consequence would be that the suicide request of, for example, an old person who could no longer leave her home and considered that her meaningful life was over, would be considered acceptable as long as she was capable of decision making and no measure could be taken to alleviate her situation in a manner that was timely enough and acceptable to her. Certainly, if alternatives could be found they should be discussed and would often be found preferable. Certainly, if societal measures could be taken to limit the frequency of such cases they ought also to count as imperatives. A third consequence, then, would be that the exploration of alternatives should

be much broader than a strictly medical evaluation. In an individual case, however, and despite the controversy surrounding such cases, it is difficult to see how simply refusing to provide her with the requested assistance would constitute help, or indeed protection.

Would doctors have a role in cases of assisted suicide requested for non-medical reasons? They would certainly be among those with a role. Evaluating decision-making capacity and exploring medical alternatives when they exist would still be within their remit, as would prescription and verification that suicide assistance had fulfilled certain criteria. Clearly, however, they would not be the only ones with relevant knowledge or expertise. Here, then, is a missed opportunity of the 'Swiss model': allowing a role for non-doctors currently means allowing them to assist suicide. They should also be more actively involved in identifying and exploring alternatives, and – perhaps – in finding ways of decreasing the number of situations where suffering rises to a level such that persons rationally choose to die. The delegation of assisted suicide to doctors in other legislations allowing it make it likely that this opportunity will frequently be missed there also.

4. Conclusion

Switzerland is unique in resisting some forms of medicalization of assisted suicide. There are, however, different forms of medicalization. Evaluating process safeguards is and should remain part of the role of medicine. Making suicide assistance an act required of doctors should not be allowed, and it is one of the strengths of the 'Swiss model' to have successfully avoided compelling doctors to perform suicide assistance. Defining substantial conditions, something akin to a 'medical indication' for suicide assistance, is also a form of medicalization. In the current Swiss context it has led to professional guidelines limiting suicide assistance by doctors more stringently than the legal framework allows. This is problematic.

Because doctors function as gatekeepers, this entails that the medical profession is entrusted with setting limits stricter than those provided by the law to accessible suicide assistance. While the guidelines in question undergo extensive and public consultation during their development, this is nevertheless a process very different from the one required for legislation in the Swiss democratic system. Finally, the very question of which cases ought to be deemed acceptable for suicide assistance is examined under the angle of what form of medical diagnosis ought to justify it. This is also problematic. The acceptability of a suicide request is not solely a question of disease. Rather, it is a question of the unacceptability and enduringness of suffering. Rather than examining situations solely from the standpoint of medicine, we would do well to examine their irreversibility much more broadly.

We are now in a position to begin answering our initial questions. First, is suicide assistance compatible with the ethos of medicine? Many of its components clearly are. Suicide assistance itself, be it in the form of writing a prescription for a lethal drug or being present to give it to the patient who will then drink it, can also be compatible with the ethos of medicine but views of individual doctors will predictably vary, sometimes from case to case. For these aspects, then, it is crucial to treat medical suicide assistance as a 'management of pluralism' issue, as suicide assistance itself is treated by Swiss law. Doctors should neither be compelled to assist suicide, nor prevented from doing so as long as they remain within the legal framework.

Second, would medicalizing death in the case of suicide assistance be ethically preferable to entrusting this practice to non-doctors? Some components which we care about, such as the exploration of medical alternatives or the assessment of decision-making, are certainly safer in the hands of doctors. When these are relevant, then, they ought to be conducted by doctors rather than non doctors. Other components, however, would not be clearly improved by being entrusted to doctors. Moreover, leaving the

exploration of alternatives solely to doctors can lead to a focus on medical alternatives and this is a missed opportunity. Non doctors should be more actively involved in identifying alternatives to suicide assistance in individual cases and in collective measures which could be taken to decrease the number of situations where suffering rises to a level such that persons rationally choose to die. Third, should medical participation be allowed in a wider range of cases than the SAMS guidelines currently allow? If we accept a shift from disease-based criteria to criteria based on the irreversibility of the person's circumstances, then it follows that the answer must be yes. Finally, ought medical participation be required to a greater extent? If we accept that medical assistance in suicide ought to be a 'management of pluralism' issue, then it follows that doctors' participation in prescribing or otherwise providing a lethal drug to patients cannot be required at all. For other components in the process, however, medical participation ought to be required: in some cases for assessment of decision-making capacity and/or the evaluation of possible medical alternatives, possibly in all cases for the prescription of a lethal drug. Individual doctors would then have the opportunity to decline under the same conditions as other forms of conscientious objection: provided the patient could be referred elsewhere within a reasonable timeframe.

Acknowledgments

The author thanks Alex Mauron for his insightful comments. She is supported by a grant from the Swiss National Science Foundation (PP00P3-123340).

References

1. Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *Bmj*. 2003;326(7383):271-3.
2. Swiss Academy of Medical Sciences. Medical care of dying persons and severely brain-damaged patients. Basel: 1995.
3. Swiss Academy of Medical Sciences. End-of-life care. Basel: 2013.
4. Mauron A. La médecine et les dilemmes mémoriaux de la mort volontaire. *Médecine & Hygiène*. 1997;55:617-8.
5. Stooss C. Die Grundzüge des Schweizerischen Strafrechts: Basel/Genève; 1893.
6. Wellauer V. Der Selbstmord: Insbesondere Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord. Bern: 1896.
7. Hafer E. Zum Tatbestand: Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord. *Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform*. 1912;8.
8. Swiss Federal Council. 1918.
9. Andorno R. Nonphysician-assisted suicide in Switzerland. *Camb Q Health Ethics*. 2013;22(3):246-53. Epub 2013/05/02.
10. Haas v. Switzerland, 31322/07 (2011).
11. Klagsbrun SC. Physician-assisted suicide: a double dilemma. *J Pain Symptom Manage*. 1991;6(5):325-8. Epub 1991/07/01.
12. Gross v. Switzerland, 67810/10 (2012).
13. Lehmann LS, Prokopetz JJ. Redefining physicians' role in assisted dying. *N Engl J Med*. 2013;368(5):486. Epub 2013/02/01.
14. Harding T. The Swiss experience of assisted suicide is positive. *BMJ*. 2013;347:f4896. Epub 2013/08/15.
15. Pfister E, Biller-Andorno N. Physician-Assisted Suicide: Views of Swiss health Care Professionals. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2010;7(3):283-5.
16. Martin AK, Mauron A, Hurst SA. Assisted suicide is compatible with medical ethos. *Am J Bioeth*. 2011;11(6):55-7.
17. Mauron A, Hurst SA. Physician aid in dying and euthanasia. In: Van Norman G, Jackson S, Rosenbaum S, Palmer C, editors. *Clinical Ethics in Anesthesiology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
18. Hurst SA, Mauron A. The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values. *Palliat Med*. 2006;20(2):107-12. Epub 2006/04/15.
19. Tulsky JA. Beyond advance directives: importance of communication skills at the end of life. *Jama*. 2005;294(3):359-65.
20. O'Neill B, Fallon M. ABC of palliative care. Principles of palliative care and pain control. *BMJ*. 1997;315(7111):801-4. Epub 1997/11/05.
21. Hume D. On Suicide. 1777.

Folia Bioethica

- 26 Markus Zimmermann-Acklin, Perspektiven der biomedizinischen Ethik. Eine Standortbestimmung aus theologisch-ethischer Sicht
- 27 Beat Sitter-Liver, Xenotransplantation aus der Sicht der Tierethik
- 28 Virna Signorelli, Le consentement de l'enfant aux études de phase I en oncologie pédiatrique
- 29 Andreas Brenner, Leib-Körper und Bau-Körper. Anthropologisch-architektonische Überlegungen im Herzog & de Meuron-Bau des REHAB Basel
- 30 Rouven Porz, «Das Absurde erleben». Grenzsituationen, Sinnfragen und Albert Camus' Absurdität im Bereich der Gendiagnostik
- 31 Andreas Gerber, Die terminale Sedation an Sterbenden. Ethische Diskussion und Entwurf von Rahmenbedingungen zu ihrer praktischen Umsetzung
- 32 Simone Romagnoli, L'image du corps. Organisation et désorganisation du moi corporel dans la transplantation d'organes.
- 33 Yvonne Müller-Blaser, Demenz und Ethik. Eine besondere Herausforderung
- 34 Michelle Salathé, Täuschung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Diskussion des Entwurfes von Art. 10 Humanforschungsgesetz ausgehend von einem Fallbeispiel
- 35 Markus Zimmermann-Acklin, Knappheit gerecht gestalten. Thesen zur Rationierung im Gesundheitswesen
- 36 Sibilla Bondolfi, Diskriminierungspotential bei der Organallokation. Verteilung todgespenderter Organe im Lichte der neuen Transplantationsgesetzgebung
- 37 Peter Kleist, Unvollständige oder fehlende Aufklärung von Versuchspersonen in klinischen Studien. Methodologisch notwendig – aber auch moralisch zulässig?
- 38 Suizidhilfe in der Schweiz – zur Kontroverse um eine angemessene ärztliche Rolle. Beiträge von Samia A. Hurst und Frank Mathwig, mit einem Editorial von Christian Kind

Jedes Heft/chaque cahier CHF 15.–

Bestellung/Commande

SGBE-SSEB
c/o Servizio di pediatria
Ospedale regionale di Lugano
Via Tesserete 46
6903 Lugano

info@bioethics.ch
www.bioethics.ch

Die gegenwärtige Praxis der Suizidhilfe in der Schweiz ist in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der Ärzteschaft umstritten. Ebenso wenig Einigkeit besteht über die Rolle, die Ärztinnen und Ärzte darin richtigerweise spielen sollten. Im Rahmen der Auseinandersetzung mit dieser Thematik hat die Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die für die geltenden medizinethischen Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende verantwortlich ist, zwei ausgewiesene Experten zu Referaten eingeladen. Die überarbeiteten Fassungen dieser Beiträge bilden den Inhalt dieser Broschüre.

Der evangelisch-reformierte Theologe Frank Mathwig beschreibt den Konflikt des Arztes, der gegenüber dem selbstbestimmten Wunsch des Patienten nach Suizidhilfe im Spannungsverhältnis zwischen der ihm von der Gesellschaft mit der alleinigen Befugnis das notwendige Rezept auszustellen zugeschobenen Vermittlungs- und Kontrollfunktion einerseits und dem Standesethos, das Suizidhilfe als den Zielen der Medizin widersprechend ablehnt, nach seinem Gewissen entscheiden müsse. Eine verbindliche medizinethische Regelung dieses Konfliktes sei aber aufgrund des letztlich immer nur subjektiv begründbaren selbstbestimmten Suizidwunsches nicht möglich.

Die Internistin und Bioethikerin Samia Hurst wählt einen völlig anderen Zugang und beschreibt die Entwicklung der Schweizer Suizidhilfepraxis als internationalen Sonderfall aus der Aussenperspektive. Sie unterstreicht den für die Schweiz typischen Widerstand gegen eine vollständige Medikalisation der Suizidhilfe. Trotz der grossen Rolle, die in der Schweiz im Gegensatz zum Ausland, nichtärztliche Suizidhelfer spielen, habe aber eine Medikalisation der akzeptierten Gründe für den Suizidwunsch nicht vermieden werden können. Die sich abzeichnende Problematik, dass daraus medizinisch korrekte Indikationen für Suizidhilfe abgeleitet werden könnten, liesse sich unter Umständen vermeiden, wenn nichtärztlichen Helfern eine grössere Rolle bei der Entscheidungsfindung eingeräumt würde.

Die Zentrale Ethikkommission hat die Beiträge aufgenommen und wird sie in der schwierigen Diskussion darüber, wie allenfalls zu einem Konsens über eine Neuregelung der ärztlichen Suizidhilfe zu gelangen wäre, berücksichtigen.