

# Haltung der Ärzterschaft zur Suizidhilfe

**Autorin und Autoren:**

Susanne Brauer, PhD, Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik  
Dr. Christian Bolliger, Büro Vatter AG, Politikforschung & -beratung  
Dr. Jean-Daniel Strub, Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik

**Im Auftrag von:**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften



Zürich, 30. September 2014

## Impressum

Der vorliegende Bericht wurde von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Studie zum Meinungs- und Erfahrungsspektrum von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz zum Thema Suizidhilfe zu erstellen. Zum Auswahlverfahren gehörte die Begutachtung der eingegangenen Offerten durch internationale Expertinnen und Experten im Doppelblindverfahren. Die Interpretation der Ergebnisse im vorliegenden Bericht, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an die SAMW können von der Meinung, respektive dem Standpunkt der SAMW abweichen.

### Autorin/Autoren

Susanne Brauer, PhD, Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik  
Dr. Christian Bolliger, Büro Vatter AG, Politikforschung & -beratung  
Dr. Jean-Daniel Strub, Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik

### Bezug

Die Studie steht als Download unter [www.samw.ch](http://www.samw.ch) zur Verfügung.

### Zitiervorschlag

Brauer, Susanne/Bolliger, Christian/Strub, Jean-Daniel (2014).  
Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe. [www.samw.ch](http://www.samw.ch)

### Korrespondenzadresse

Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik  
Winterthurerstrasse 464, CH-8051 Zürich  
[info@brauerstrub.ch](mailto:info@brauerstrub.ch)  
[www.brauerstrub.ch](http://www.brauerstrub.ch)

### Ansprechperson seitens der SAMW

lic. iur. Michelle Salathé MAE  
Leiterin Ressort Ethik der SAMW  
[m.salathe@samw.ch](mailto:m.salathe@samw.ch)

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>7</b>
1.1 Ausgangslage .....	7
1.2 Studienaufbau .....	9
<b>2 Rechtslage bezüglich der ärztlichen Suizidhilfe in der Schweiz</b> .....	<b>11</b>
2.1 Strafrecht .....	11
2.2 Betäubungsmittelgesetz und Medizinalberufegesetz .....	12
2.3 Standesrecht der Ärzteschaft .....	13
2.4 Zulässigkeit der Suizidhilfe für welche Patientengruppen? .....	14
2.5 Zusammenfassung .....	15
<b>3 Stand der empirischen Forschung und Konkretisierung der Studienfragen</b> .....	<b>17</b>
3.1 Einstellungen zur Suizidhilfe .....	17
3.2 Angemessene Rolle der Ärzteschaft .....	19
3.3 Bereitschaft zur Mitwirkung .....	20
3.4 Erfahrungen mit ärztlicher Suizidhilfe .....	22
3.5 Regelungen .....	23
3.6 Mögliche Folgen einer Ausweitung ärztlicher Suizidhilfe .....	24
<b>4 Ergebnisse der Leitfadeninterviews (qualitativer Studienteil)</b> .....	<b>25</b>
4.1 Methodisches Vorgehen .....	25
4.2 Terminologische Klärung .....	26
4.3 Einstellung zur Suizidhilfe .....	27
4.4 Angemessene Rolle der Ärzteschaft .....	34
4.5 Regulierung der Suizidhilfe .....	35
4.6 Erfahrungen mit Suizidhilfe .....	36
4.7 Konfliktsituationen .....	37
4.8 Rolle der Angehörigen .....	38
4.9 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse .....	38
<b>5 Ergebnisse der schriftlichen Befragung (quantitativer Studienteil)</b> .....	<b>45</b>
5.1 Methodisches Vorgehen .....	46
5.1.1 Bildung einer geschichteten Zufallsstichprobe .....	46
5.1.2 Durchführung der Befragung .....	47
5.1.3 Gewichtung und Verallgemeinerbarkeit der Antworten .....	47
5.1.4 Interpretation der ausgewiesenen Resultate .....	48
5.1.5 Gruppenvergleiche .....	49
5.2 Grundhaltung und potenzielle persönliche Bereitschaft .....	49
5.2.1 Grundsätzliche Haltung .....	50
5.2.2 Potenzielle persönliche Bereitschaft zur Suizidhilfe .....	54

5.2.3	Drei Typen mit unterschiedlicher Grundhaltung zur Suizidhilfe .....	57
5.2.4	Zusammenfassung .....	59
5.3	Erfahrungen mit Suizidhilfewünschen und Suizidhilfe .....	59
5.3.1	Konfrontation mit einem ernsthaften Wunsch nach Suizidhilfe.....	60
5.3.2	Prüfung der Voraussetzungen für Suizidhilfe .....	61
5.3.3	Leisten von Suizidhilfe und Begleitung beim Suizid .....	63
5.3.4	Bildung von Erfahrungstypen, Gruppenvergleich.....	65
5.3.5	Einbezug von Suizidhilfeorganisationen.....	69
5.3.6	Zusammenfassung .....	70
5.4	Vertretbarkeit von Suizidhilfe in bestimmten Situationen.....	71
5.4.1	Vertretbarkeit von Suizidhilfe in einzelnen Situationen.....	72
5.4.2	Muster der Zustimmung zu Suizidhilfe in bestimmten Situationen.....	74
5.4.3	Bildung einer Typologie.....	78
5.4.4	Rahmenbedingungen für Suizidhilfe .....	79
5.4.5	Zusammenfassung .....	80
5.5	Vorgehen bei Patientinnen und Patienten mit Suizidhilfewunsch.....	81
5.5.1	Vorgehensweise bei Suizidhilfewunsch .....	82
5.5.2	Vorgehen, wenn Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind .....	86
5.5.3	Zusammenfassung .....	92
5.6	Standesrechtliche Regelung der Suizidhilfe .....	93
5.6.1	Ärztliche Aufgaben.....	94
5.6.2	Einschätzung der standesrechtlichen Voraussetzungen .....	95
5.6.3	Zusammenfassung .....	100
5.7	Vermutete Folgen einer Ausweitung ärztlicher Suizidhilfe .....	100
5.7.1	Erwartungen, welche direkt die Patientinnen und Patienten betreffen.....	101
5.7.2	Erwartungen, welche primär Ärzteschaft und die Medizin betreffen .....	102
5.7.3	Zusammenfassung .....	104
<b>6</b>	<b>Synthese und Empfehlungen .....</b>	<b>107</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>115</b>
<b>8</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>1</b>
8.1	Materialien zu Kapitel 4 „Ergebnisse der Leitfadeninterviews (qualitativer Studienteil)“ 1	
8.1.1	Interviewleitfaden .....	1
8.1.2	Datenbogen.....	7
8.2	Materialien zu Kapitel 5 “Ergebnisse der schriftlichen Befragung (quantitativer Studienteil)“ .....	8
8.2.1	Zusammensetzung der Grundgesamtheit und der Stichprobe, Rücklaufquote.....	8
8.2.2	Gewichtung der Antworten.....	9
8.2.3	Operationalisierung von Variablen für Gruppenvergleiche.....	11
8.2.4	Vertrauensintervalle der ermittelten Werte für verschiedene Stichprobengrößen.....	16
8.2.5	In der schriftlichen Befragung verwendete Fragebogen .....	17

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie wurde im Frühjahr 2013 von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ausgeschrieben. Sie hat zum Ziel, einen repräsentativen Überblick über das Meinungs- und Erfahrungsspektrum von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz zum Thema Suizidhilfe zu verschaffen. Anlass der Studie war eine im Jahr 2012 kontrovers geführte Debatte um die Regelung der ärztlichen Suizidhilfe. Die SAMW-Richtlinien zur „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“, die Teil der FMH-Standesordnung sind, räumen die Möglichkeit ärztlicher Suizidhilfe als eine Ausnahmehandlung ein, jedoch unter strenger Kriterien als die gesetzliche Regelung der Suizidhilfe in der Schweiz allgemein.

Die Studie umfasst insgesamt sechs Themenbereiche:

1. Einstellungen zur Suizidhilfe grundsätzlich und in Bezug auf bestimmte Patientengruppen
2. Einstellungen zur ethisch angemessenen Rolle der Ärzteschaft im Bereich der Suizidhilfe
3. Bereitschaft zur Mitwirkung an einem Suizid
4. Erfahrungen mit Suizidhilfe
5. Regelungen
6. Mögliche Folgen einer Ausweitung von Suizidhilfe

Im Zentrum der Studie steht eine empirische Untersuchung, die sich in zwei Teile gliedert. Im ersten, qualitativen Untersuchungsteil wurden Leitfadeninterviews mit ausgewählten Ärztinnen und Ärzten geführt, um ein möglichst breites Spektrum an Haltungen gegenüber Suizidhilfe und die wichtigen Begründungsmuster abzudecken. Zur Rechtfertigung ärztlicher Suizidhilfe wurden vor allem der Respekt vor der Patientenautonomie, aber auch das ärztliche Ziel der Leidenslinderung genannt. Als grundsätzliche Argumente gegen Suizidhilfe wurden u.a. die Natürlichkeit des Lebens und andere Möglichkeiten der Leidenslinderung angeführt. In allen Gesprächen wurden die Freiwilligkeit der Suizidhilfe und die ärztliche Autonomie betont.

Im zweiten, quantitativen Untersuchungsteil wurde eine schriftliche Befragung durchgeführt, an der 1318 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen haben. (4'837 Anschreiben; Rücklauf von 27%). Es ist zu vermuten, dass in erster Linie Ärztinnen und Ärzte, die besonders am Thema der Suizidhilfe interessiert und davon betroffen sind, die Fragebogen retourniert haben. *Die in dieser Befragung gemachten Antworten und die in diesem Bericht dargestellten Befunde und Interpretationen beanspruchen somit tendenziell Gültigkeit für die Gruppe der an der Thematik der Suizidhilfe interessierten und davon besonders betroffenen Ärztinnen und Ärzte.*

Gut drei Viertel aller Antwortenden finden ärztliche Suizidhilfe grundsätzlich vertretbar, gut ein Fünftel lehnt diese grundsätzlich ab. Etwas weniger als die Hälfte der Antwortenden können sich Situationen vorstellen, in denen sie bereit wären, Suizidhilfe zu leisten. Die Studie gibt jedoch klare Hinweise darauf, dass diese potenzielle Bereitschaft zur Suizidhilfe nicht für alle Antwortenden bedeutet, dass sie in der konkreten Situation selbst automatisch Suizidhilfe leisten möchten, sobald die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. 9% der Antwortenden haben schon einmal Suizidhilfe geleistet, unter den antwortenden Hausärztinnen und Hausärzten ist der Anteil höher. Eine kleine Minderheit von Ärztinnen und Ärzten leistet oft Suizidhilfe (sieben Antwortende in mehr als zehn Fällen). Ein Viertel aller Suizidhilfefälle wird ohne eine Suizidhilfeorgani-

sation durchgeführt. Betont wird von einer überwiegenden Mehrheit der Antwortenden, dass keine Verpflichtung zur ärztlichen Suizidhilfe bestehen sollte.

Ein uneindeutiges Bild zeigt sich hinsichtlich der Bedingung, dass ärztliche Suizidhilfe nur am Lebensende erlaubt ist. Während rund zwei Drittel der Antwortenden ärztliche Suizidhilfe auch in anderen Situationen als am Lebensende als grundsätzlich vertretbar bezeichnet, unterstützen rund drei Viertel das Kriterium als Bestandteil der SAMW-Richtlinien.

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Laut Art. 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid<sup>1</sup> in der Schweiz straflos, wenn sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. Die Ausführung der Suizidhilfe wird dabei nicht auf eine Berufsgruppe oder auf Privatpersonen respektive bestimmte Organisationen beschränkt. Dies ist im Vergleich zu anderen Ländern wie beispielsweise den Niederlanden, Belgien oder den USA (Oregon) eine schweizerische Eigenheit. Suizidhilfe wird im Schweizer Recht und der darauf gründenden Praxis als Teil eines persönlichen Entscheidungsbereichs gesehen, dem gegenüber der Staat eine liberal-neutrale Haltung einnimmt. Dies hat der Bundesrat zuletzt bekräftigt, als er vor drei Jahren sein Projekt, Sorgfaltskriterien für Suizidhilfeorganisationen in Form zusätzlicher gesetzlicher Bestimmungen zu erlassen<sup>2</sup>, eingestellt hat.

Mit der Gründung der ersten Suizidhilfeorganisation 1982 (EXIT Deutschschweiz) und vor allem in den 1990er Jahren nahm die Anzahl der assistierten Suizide konstant zu. In den Jahren zwischen 2003 und 2012 ist diese Zahl für Personen, die in der Schweiz wohnhaft sind, um rund den Faktor 2.7 gestiegen, während die Anzahl der Suizide, die ohne Beihilfe stattfanden, in diesem Zeitraum in etwa gleich blieben (im Durchschnitt 1072 Fälle pro Jahr, max. Abweichung vom Durchschnitt: 68).<sup>3</sup> Laut Bundesamt für Statistik wurden im Jahr 2012 insgesamt 508 assistierte Suizide für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz registriert; die Anzahl Suizidhilfefällen von nicht in der Schweiz wohnhaften Personen ist nicht bekannt. Aufgrund einer fehlenden exakten Datenlage ist es schwierig, die weitere Entwicklung abzuschätzen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2004 Richtlinien zur „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ erlassen, die unter anderem das Handeln der Ärzteschaft im Bereich der Suizidhilfe regulieren. Diese erlauben Suizidhilfe bei Patientinnen oder Patienten, deren Lebensende nahe ist, als Ergebnis eines persönlichen Gewissensentscheids des Arztes oder der Ärztin. Der suizidwilligen Person müssen jedoch zuvor Alternativen zum Suizid aufgezeigt worden sein; die suizidwillige Person ihrerseits muss urteilsfähig sein und ihr Wunsch wohlerwogen, dauerhaft und ohne äusseren Druck entstanden sein. Mit dem Kriterium des nahen Lebensendes sind die Richtlinien restriktiver als die Rechtsprechung des Bundesgerichts. Dieses bezeichnet – nach besonders eingehender Prüfung und unter Wah-

---

<sup>1</sup> Im vorliegenden Text werden die Begriffe „Suizidbeihilfe“, „Suizidhilfe“ und „assistierter Suizid“ synonym verwendet. Amtlich versteht man unter Suizidhilfe „dem Patienten die tödliche Substanz zu vermitteln, die der Suizidwillige ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt“ (<http://www.ejpd.admin.ch>). Siehe auch unten Abschnitt 2.1 dieser Studie.

<sup>2</sup> Der Bundesrat hat am 28. Juni 2011 entschieden, auf eine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidhilfe im Strafrecht zu verzichten. Er sei, so teilte er damals mit, zum Schluss gekommen, dass eine Gesetzesänderung zu viele Nachteile mit sich bringen würde. Zuvor hatte sich der Bundesrat im Verlauf der letzten zehn Jahre zunächst gegen, danach für eine ausdrückliche Regelung ausgesprochen und im Oktober 2009 zwei Varianten hierfür in eine breit und kontrovers diskutierte Vernehmlassung gegeben.

<sup>3</sup> <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html> Siehe auch: Bundesamt für Statistik. Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz. 2012 (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/dos/04.html>).

rung grosser Zurückhaltung – auch die Suizidhilfe durch Ärztinnen und Ärzte bei psychisch schwer erkrankten Personen als zulässig.

Ihre bisherige Haltung zur Suizidhilfe hat die Zentrale Ethikkommission der SAMW (ZEK) in einer am 20. Januar 2012 verabschiedeten Stellungnahme bekräftigt. Die ZEK betont, dass die Zunahme von Suizidhilfefällen eine Entwicklung ist, für welche die Gesellschaft als Ganze Verantwortung trage und diese nicht an die Ärzteschaft delegiert werden dürfe. Eine grundsätzliche Diskussion, unter welchen Umständen Suizidhilfe zu leisten sei, müsse geführt werden. Eine strittige Frage sei dabei die Forderung der SAMW-Richtlinien, dass Suizidhilfe nur am Lebensende vollzogen werden darf.<sup>4</sup>

Die Stellungnahme der ZEK löste eine Debatte in der Schweizerischen Ärztezeitung aus, die u.a. in eine von der Zeitung am 27. November 2012 in Basel organisierte Podiumsdiskussion mündete (vgl. u.a. Grob (2012), Fischer (2012), Schafroth (2012), ZEK (2012), Sax (2013)). In den anlässlich dieser Diskussion geäusserten Voten wurde deutlich, dass die Gratwanderung zwischen der Respektierung der Patientenautonomie und der Pflicht zur Lebenserhaltung sowohl für Befürworterinnen und Befürwortern der Suizidhilfe als auch für deren Gegnerinnen und Gegner als konfliktreiche Herausforderung wahrgenommen wird. So wird einerseits in der Suizidhilfe der „(ökonomisierte) Zeitgeist [verortet], welcher die moderne Medizin zur schnellen Machbarkeit verdammt“ (Grob 2012: 493) zu deren Opfer zugleich die Ärztin bzw. der Arzt und die Patientin bzw. der Patient werde. Auf der anderen Seite des Meinungsspektrums wird die Unterstützung eines Sterbewilligen in seinem Sterbewunsch als eine „ethisch gerechtfertigte ärztliche Handlung“ (Schafroth 2012: 1226) bewertet, zu der die Ärztin bzw. der Arzt auch aufgrund eines exklusiven Zugangs zu Medikamenten angehalten sei. Als weitere in der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid zu bedenkende Punkte wurden die möglicherweise traumatisierende Wirkung eines gewaltsamen Suizids auf die Angehörigen und die Aufforderung, genau nachzuforschen wie der Suizidwunsch eigentlich zustande kam, genannt. In beiden Punkten wird der Blick auf die Familie und das Umfeld der betroffenen Person erweitert.

Vor diesem Hintergrund hat die SAMW die vorliegende Studie in Auftrag gegeben, in der die Einstellungen und Grundhaltungen der Ärzteschaft zur Suizidhilfe, ihre persönliche Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten und ihre Erfahrungen damit in verschiedenen Facetten untersucht werden. Mit dieser empirischen Untersuchung soll die Grundlage für eine zunächst in der SAMW intern geführte Diskussion gelegt werden, die voraussichtlich auch die Frage nach einem Revisionsbedarf der SAMW-Richtlinien zur „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ einschliesst.

---

<sup>4</sup> Zur Debatte um den *ärztlich* assistierten Suizid in der Schweiz siehe auch Burkardt/La Harpe (2012) und Bosshard (2012b). Zu Suizidhilfeorganisation und ein Recht-auf-Sterben siehe Fischer et al. (2008).



## 1.2 Studienaufbau

Die vorliegende empirische Studie orientiert sich an sechs von der SAMW teils in der Ausschreibung vorgegebenen, teils gemeinsam mit dem Projektteam weiterentwickelten Forschungsfragen:

1. Einstellungen zur Suizidhilfe grundsätzlich und in Bezug auf bestimmte Patientengruppen
2. Einstellungen zur ethisch angemessenen Rolle der Ärzteschaft im Bereich der Suizidhilfe
3. Bereitschaft zur Mitwirkung an einem Suizid
4. Erfahrungen mit Suizidhilfe
5. Regelungen
6. Mögliche Folgen einer Ausweitung von Suizidhilfe

Um abschätzen zu können, in welchem rechtlichen Rahmen sich Suizidhilfe bewegt und damit auch den Handlungsspielraum der einzelnen Ärztinnen und Ärzte absteckt, sowie zur Klärung, welche Tätigkeiten überhaupt unter Suizidhilfe fallen, wird die Rechtslage in einem Übersichtskapitel kurz dargestellt (Kapitel 2). Zur Konkretisierung der Studienfragen wird die empirische Forschungsliteratur gesichtet und ausgewertet (Kapitel 3).

Die empirische Untersuchung gliedert sich in zwei Phasen. Zunächst wurden ausgewählte Ärztinnen und Ärzten in persönlichen Gesprächen nach ihrem Begriffsverständnis von Suizidhilfe, ihrer Haltung gegenüber Suizidhilfe sowie den Gründen für ihre Position befragt (Kapitel 4). Bei der Auswahl wurde unter anderem darauf geachtet, ein möglichst breites Meinungsspektrum abzudecken. In den Interviews konnten die Gesprächspartnerinnen und -partner ebenfalls detailliert von eigenen Erfahrungen geleisteter oder abgelehnter Suizidhilfe berichten. Da die Gespräche anhand von Leitfaden geführt worden, die Raum für eine eigne Dynamik liessen, war es hier ebenfalls möglich, dass gegenüber den bis dahin formulierten Studienfragen neue Aspekte zur Suizidhilfe zur Sprache gebracht werden konnten.

Die qualitativen Interviews dienten zudem als Vorbereitung für die Konzeption der zweiten, quantitativen Studienphase (Kapitel 5). Diese bestand aus einer standardisierten schriftlichen Befragung von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Sie gibt, wie es die vorliegende Studie zum Ziel hat, einen repräsentativen Überblick über die Haltung und Einstellung der an der Thematik der Suizidhilfe interessierten und von ihr betroffenen Ärzteschaft sowie über deren Erfahrungen mit Suizidhilfewünschen und geleisteter Suizidhilfe.

Der Studienbericht schliesst mit Überlegungen zu bemerkenswerten Befunden, die sich aus dem Zusammenspiel der qualitativen und quantitativen Studienteile ergeben (Kapitel 6). Zudem werden einige Empfehlungen für die weitere interne Diskussion für die SAMW formuliert.

Im Anhang (Kapitel 8) der Studie befinden sich alle für die Leitfadeninterviews und die schriftliche Befragung verwendete Fragebögen sowie methodische Hinweise.



## 2 Rechtslage bezüglich der ärztlichen Suizidhilfe in der Schweiz

In diesem Kapitel wird das geltende Recht betreffend die Suizidhilfe und die Rolle, welche der Ärzteschaft in diesem Kontext zukommt, zusammenfassend dargestellt. Dabei ist auf den gesetzlichen Rahmen und auf das Standesrecht einzugehen. Ein besonderes Augenmerk ist dabei der Frage zu widmen, wie die Suizidhilfe bei verschiedenen Gruppen suizidwilliger Personen rechtlich eingestuft wird.

### 2.1 Strafrecht

Als Suizidhilfe ganz allgemein werden Handlungen einer Person verstanden, welche einer anderen, suizidwilligen Person die Durchführung des Suizids erlauben. Die wichtigste Tätigkeit von Ärztinnen oder Ärzten, die unter den Begriff der Suizidhilfe fällt, ist das Verschreiben einer tödlichen Substanz wie des üblicherweise verwendeten Natrium-Pentobarbital (Bosshard 2008: 413; Hotz 2012; Peterkova 2013: 69, 71). Dieses Mittel kommt auch bei Suiziden im Rahmen der in der Schweiz aktiven Suizidhilfeorganisationen zum Einsatz. Als Suizidhilfe im rechtlichen Sinn kann auch die Durchführung von Handlungen wie z.B. das Stecken oder Belassen einer Kanüle mit der Absicht, dass durch diese eine tödliche Substanz injiziert werden kann, oder das Erteilen einer detaillierten Anleitung zum Suizid aufgefasst werden. Eher nicht als Suizidhilfe wird gemäss der Lehre das blosses Begleiten einer Person beim Suizid bis zum Eintritt des Todes gewertet. Die Hilfeleistung im rechtlichen Sinne setzt gemäss der Lehre einen konkreten Tatbeitrag voraus (Stratenwerth/Wolfers 2013; Trechsel 2008).

Suizidhilfe ist in der Schweiz erlaubt, solange sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven betrieben wird (vgl. zur Rechtslage auch Bosshard (2008)). Dies ergibt sich aus Artikel 115 des Strafgesetzbuches<sup>5</sup>, der nur die selbstsüchtige Beihilfe zum Suizid unter Strafe stellt.<sup>6</sup> Die den Suizid begleitenden und Beihilfe leistenden Personen müssen sich der Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person vergewissern (Bosshard 2008: 414; siehe auch Abschnitt 2.3 zum Standesrecht). Zentral am Begriff der Suizidhilfe ist, dass die letzte, den Tod herbeiführende Handlung durch die suizidwillige Person selbst vorgenommen wird, da sonst eine Fremdtötung und kein Suizid vorliegt. Dabei handelt es sich zum Beispiel um das Einnehmen der tödlichen Substanz oder das Öffnen des Infusionshahns, wodurch die tödliche Substanz in den Körper gelangen kann. Die sogenannte Tatherrschaft bezüglich des Suizids hat stets bei der suizidwilligen Person zu liegen. Bei allen assistierten Suiziden handelt es sich um nicht-natürliche Todesfälle mit entsprechender Meldepflicht an die Strafuntersuchungsbehörde.

Der strafrechtliche Rahmen definiert drei Bedingungen für die Suizidhilfe (Bosshard 2008: 415):

- Keine Selbstsucht auf Seiten der Hilfe leistenden Personen.
- Tatherrschaft bei der suizidwilligen Person.

---

<sup>5</sup> Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB); SR 311.0.

<sup>6</sup> Art. 115 StGB lautet wörtlich: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.“

- Überprüfung der Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person durch die Hilfe leistenden Personen.

## 2.2 Betäubungsmittelgesetz und Medizinalberufegesetz

Bei assistierten Suiziden durch Suizidhilfeorganisationen kommt in aller Regel als tödliche Substanz Natrium-Pentobarbital zum Einsatz. Diese Substanz untersteht als „abhängigkeitserzeugender psychotroper Stoff“ (EJPD 2007: 3) dem Betäubungsmittelgesetz<sup>7</sup>. Er untersteht als Arzneimittel ebenfalls dem Heilmittelgesetz<sup>8</sup>. Aus den gesetzlichen Grundlagen ergeben sich folgende Regeln für die Anwendung von Betäubungsmitteln und damit auch für Natrium-Pentobarbital:

- Es darf nur von zugelassenen selbstständigen Ärztinnen oder Ärzten gegen Rezept verschrieben werden (Art. 10 BetmG).
- Es darf nur nach anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften angewendet werden (Art. 11 BetmG); diese Bestimmung verweist auf das Standesrecht (vgl. nachfolgend).
- Die Ärztinnen und Ärzte dürfen es nur Personen verordnen, die sie selbst untersucht haben (Art. 46 Abs. 1 BetmKV<sup>9</sup>).

Diese Vorschriften im Betäubungs- und Heilmittelrecht machen die Konsultation eines Arztes oder einer Ärztin vor einem assistierten Suizid de facto unumgänglich, denn zuverlässige alternative Möglichkeiten eines möglichst leidensfreien assistierten Suizids, die ohne Betäubungsmittel auskommen, sind nicht bekannt.<sup>10</sup> Damit schreibt das geltende Recht der Ärzteschaft bezüglich des assistierten Suizids eine Art Pförtnerrolle und eine bedeutende Verantwortung zu. Ärztinnen und Ärzte entscheiden mit ihrem Entscheid über die Verschreibung zwangsläufig mit, ob ein Suizid gerechtfertigt ist oder das Leben der Person trotz dem vorgebrachten Suizidwunsch zu schützen ist.

Die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und der anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften durch die Ärztinnen und Ärzte untersteht der Aufsicht der zuständigen kantonalen Behörden. Eine Verletzung dieser Pflichten kann zum Entzug der Bewilligung zur Berufsausübung führen (Art. 38, 41 und 43 MedBG)<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG); SR 812.121.

<sup>8</sup> Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG); SR 812.21.

<sup>9</sup> Verordnung vom 25. Mai 2011 über die Betäubungsmittelkontrolle (Betäubungsmittelkontrollverordnung, BetmKV); SR 812.121.1.

<sup>10</sup> So erwies sich etwa die von der Suizidhilfeorganisation Dignitas an vier Personen eingesetzte Methode des Einatmens von Helium mittels Atemmaske als nicht praktikabel (Peterkova 2013: 90). Auch andere Vorgehensweisen erweisen sich als nicht oder schlecht geeignet, „ein sicheres und schmerzloses Sterben zu ermöglichen“ (Hotz 2012: 234).

<sup>11</sup> Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG); SR 811.11.

## 2.3 Standesrecht der Ärzteschaft

Die massgebliche standesrechtliche Regelung der Suizidhilfe durch Ärztinnen und Ärzte bilden die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“<sup>12</sup>. Diese sind von der FMH im Jahr 2005 durch Beschluss der Ärztekammer in den Anhang der Standesordnung<sup>13</sup> aufgenommen worden. Das Positionspapier der FMH zur Suizidbeihilfe aus dem Jahr 2008 bestärkte nochmals die Aktualität und Gültigkeit der SAMW-Richtlinien.<sup>14</sup> Ihre bisherige Haltung zur Suizidhilfe hat die ZEK in einer am 20. Januar 2012 verabschiedeten Stellungnahme<sup>15</sup> bekräftigt und dabei auch konkretisierende Hinweise zu den Richtlinien gegeben.

In den SAMW-Richtlinien wird festgehalten, dass Suizidhilfe nicht zum ärztlichen Tätigkeitsbereich gehört und damit keine Pflicht besteht, von sich aus Suizidhilfe anzubieten oder zu leisten. Vielmehr ist der Arzt bzw. die Ärztin dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern. Zugleich wird aber zugestanden, dass angesichts der ebenfalls geforderten Achtung des Patientenwillens Konfliktsituationen entstehen können, die einen persönlichen Gewissensentscheid der Ärztin bzw. des Arztes darüber erfordern, ob sie bzw. er im Einzelfall Beihilfe zum Suizid leisten will. In ihrem Kommentar zu den Richtlinien hält die SAMW zusätzlich fest, dass Vorgesetzte ihren Mitarbeitenden die Suizidhilfe verbieten, sie aber nicht von ihnen verlangen können.

Gemäss den Richtlinien trägt der Arzt bzw. die Ärztin die Verantwortung dafür, dass drei Voraussetzungen geprüft worden sind, bevor er Suizidhilfe leistet (Ziffer 4.1 der Richtlinien):

- „Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlervogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.“ Die Stellungnahme der ZEK von 2012 ergänzt hierzu: „Es muss insbesondere auch ausgeschlossen sein, dass der Suizidwunsch Symptom einer psychischen Erkrankung ist.“

Der Begriff der Urteilsfähigkeit stützt sich auf Art. 16 ZGB<sup>16</sup> und wird im Kommentar zu Ziffer 2.1 der Richtlinien konkretisiert. Ärztinnen und Ärzte sind gemäss Kommentar zu den Richtlinien verpflichtet, den Entscheidungsprozess zu dokumentieren.

In ihrer Stellungnahme von 2012 hat die ZEK zudem präzisiert, mit welchen Massnahmen die Voraussetzungen „grundsätzlich“ zu erfüllen sind. Insbesondere hält sie fest, dass mehrmalige

---

<sup>12</sup> „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW“. Vom Senat der SAMW am 25. November 2004 genehmigt.

<sup>13</sup> Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte: Standesordnung FMH. Von der Ärztekammer am 12. Dezember 1996 genehmigt. Anhang 1 zur Standesordnung.

<sup>14</sup> FMH „Positionspapier: Suizidbeihilfe ist nicht gleich Sterbehilfe“ 2008; [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch).

<sup>15</sup> „Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe: Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW“; von der ZEK am 20. Januar 2012 genehmigt.

<sup>16</sup> Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB) vom 10. Dezember 1907; SR 210.

persönliche Gespräche stattgefunden haben müssen und dass bei psychisch kranken Patientinnen und Patienten die/der begutachtende Ärztin/Arzt über entsprechendes Fachwissen verfügen muss. Wenn immer möglich, sind zudem die Angehörigen und die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt einzubeziehen.<sup>17</sup>

Die Richtlinien lassen somit die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital durch praktizierende Ärztinnen und Ärzte zu, wenn die festgeschriebenen Voraussetzungen dazu erfüllt sind. Gleichzeitig stellen sie klar, dass Ärzte und Ärztinnen nicht zur Suizidhilfe verpflichtet sind. Sie müssen jedoch auf Patientenwunsch die Angaben zur Diagnose bekannt geben, damit eine andere Person die Voraussetzungen für eine allfällige Suizidhilfe prüfen kann. Eine gewisse Gewaltenteilung und damit Kontrolle wird zudem mit der Regelung angestrebt, dass Ärztinnen und Ärzte, die Suizidhilfe leisten, nicht den Totenschein ausstellen dürfen.

## 2.4 Zulässigkeit der Suizidhilfe für welche Patientengruppen?

In der öffentlichen Diskussion ist es umstritten, welchen Personengruppen der assistierte Suizid zugänglich sein soll. Mit der ersten Voraussetzung des nahen Lebensendes legen die Richtlinien der SAMW diesbezüglich im Landesrecht einen engen medizinischen Rahmen für die Suizidhilfe fest.

Diese Position wird indes in der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht unterstützt. Dies geht aus einem Leiturteil des Bundesgerichts von 2006 hervor (BGE 133 I 58).<sup>18</sup> In diesem wird insbesondere anerkannt, dass auch „eine unheilbare, dauerhafte, schwere psychische Beeinträchtigung“ einen Suizidwunsch als legitim erscheinen lässt. Deshalb sei in diesen Fällen „eine Verschreibung von Natrium-Pentobarbital nicht mehr notwendigerweise kontraindiziert und generell als Verletzung der medizinischen Sorgfaltspflichten ausgeschlossen“. Das Gericht verlangt diesbezüglich jedoch „äusserste Zurückhaltung“ und betont dabei die Wichtigkeit einer gründlichen Prüfung der Voraussetzungen (bestimmter, wohlwogener und dauerhafter Entscheid einer urteilsfähigen Person) (BGE 133 I 58, E. 6.3.5.1). Bei psychisch Kranken erachtet das Gericht deshalb ein vertieftes psychiatrisches Fachgutachten als notwendig (BGE 133 I 58, E. 6.3.5.2).

In seinem Urteil betont das Bundesgericht ganz generell die Notwendigkeit der ärztlichen Rezeptpflicht und somit die Schlüsselstellung des Arztes beziehungsweise der Ärztin als zentrale Voraussetzung für den Zugang zu Natrium-Pentobarbital: „Die Medikation setzt eine den ärztlichen Berufs- und Sorgfaltspflichten entsprechend vorgenommene Diagnose, Indikationsstellung und ein Aufklärungsgespräch voraus. Auch die Prüfung der Urteilsfähigkeit, der medizinischen Unterlagen und der Beurteilung, ob alle möglichen Behandlungsmassnahmen getroffen bzw. ohne Resultat geblieben sind, kann letztlich nur durch den Arzt erfolgen“. Die Rezeptpflicht schütze vor voreiligen Entschlüssen und garantiere „das Vorliegen einer medizinischen Rechtfertigung des Aktes“ (BGE 133 I 58, E. 6.3.2).

---

<sup>17</sup> Ferner wird die gesetzlich gegebene Pflicht festgehalten, dass der Tod als aussergewöhnlicher Todesfall gemeldet werde. Bereits in den Richtlinien von 2004 ist festgehalten, dass die Feststellung der Urteilsfähigkeit durch eine Drittperson überprüft werden muss.

<sup>18</sup> Vgl. hierzu auch Bosshard (2008) sowie Peterkova (2013).

Hier schliessen sich Fragen an, was diese Rechtslage konkret für Ärztinnen und Ärzte bedeutet. Muss eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der sich an die Auflagen des Bundesgerichts hält, aber nicht der Richtlinien, zwar nicht mit strafrechtlichen oder aufsichtsrechtlichen, aber mit standesrechtlichen Folgen rechnen? Geht das Richterrecht dem Standesrecht vor in dem Sinne, dass das Lebensende-Kriterium eigentlich nicht mehr anwendbar ist? Und wie geht man mit der Diskrepanz um, dass aus bundesrichterlicher Sicht ärztliche Suizidhilfe als „freiwillige ärztliche Tätigkeit“ aufgefasst wird, aus Sicht der SAMW und FMH aber der Einsatz „beruflicher Kompetenzen“ (klinische Abklärung der Urteilsfähigkeit, Verschreibung eines tödlichen Medikaments) im Zusammenhang mit Suizidhilfe nicht als „ärztliche Tätigkeit“ gewertet wird, obwohl diese Kompetenzen nur mit einer ärztlichen Approbation ausgeübt werden können? Was bedeutet es, wenn im Richterrecht für die ärztliche Suizidhilfe eine „medizinische Indikation“ vorliegen muss, aus Sicht der SAMW und FMH es aber keine „medizinische Indikation“ für Suizidhilfe geben kann, weil Suizidhilfe keine ärztliche Tätigkeit ist? Auch stellen sich Fragen der Regulierung bezüglich der Zulässigkeit von Suizidhilfe in Institutionen wie Spitälern und Pflegeheimen. Sind diese Institutionen autonom oder bestehen (unterschiedliche) kantonale Gesetzgebungen, die diesen Bereich regeln (Beispiel Kanton Waadt<sup>19</sup> und Empfehlungen des Kantonsspitals St. Gallen<sup>20</sup>, die auf Geheiss des Kantons erstellt wurden)? Allenfalls ist zu empfehlen, diese offenen Fragen in die SAMW-interne Diskussion um Suizidhilfe mit aufzunehmen (siehe auch die entsprechende Empfehlung 4 in Kapitel 6).

## 2.5 Zusammenfassung

Da der assistierte Suizid üblicherweise mittels des rezeptpflichtigen Arzneimittels Natrium-Pentobarbital erfolgt, bestimmen Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Entscheid über dessen Verschreibung vermutlich in den meisten Einzelfällen darüber, ob ein assistierte Suizid möglich wird oder nicht. Der Akt der Verschreibung ist als Suizidhilfe zu taxieren.

Das Strafrecht lässt Suizidhilfe zu, solange dies nicht aus selbstsüchtigen Motiven (Geld, Geltungssucht) betrieben wird. Ärztinnen und Ärzte dürfen Suizidhilfe leisten, verpflichtet sind sie dazu nicht. Voraussetzung zur ärztlichen Suizidhilfe ist jedoch eine sorgfältige vorgängige Prüfung, ob dieser Schritt gerechtfertigt ist. Dabei ist erstens mit der suizidwilligen Person abzuklären, ob keine Alternativen mehr in Betracht kommen, die das Leiden der suizidwilligen Person lindern oder heilen könnten. Zweitens ist zu klären, ob der Suizidwunsch wohlervogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft ist. Hierzu muss die suizidwillige Person urteilsfähig sein. Das Recht verlangt, dass der verschreibende Arzt bzw. die verschreibende Ärztin die suizidwillige Person selbst untersucht (und mit ihr mehrere Gespräche geführt hat), und dass bei der Prüfung des Wunsches eine Drittperson zur Überprüfung einbezogen worden ist.

Das Standesrecht lässt ärztliche Suizidhilfe nur bei Patientinnen und Patienten mit nahem Lebensende zu. Die Rechtsprechung des Bundesgerichts ist indes weniger strikt. So bezeichnet das Bundesgericht die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital bei psychisch Kranken als nicht

---

<sup>19</sup> Loi sur la santé publique (LSP) du 29 mai 1985 ; RS 800.01. Die Suizidhilfe in Spitälern und Pflegeinstitutionen wird in Artikel 27d LSP geregelt.

<sup>20</sup> Kantonsspital St. Gallen: Empfehlung im Umgang mit Patienten mit Wunsch nach Suizidbeihilfe.

ausgeschlossen. Es auferlegt der Ärzteschaft in diesen Fällen jedoch grosse Zurückhaltung und verlangt eine besonders sorgfältige Prüfung der Voraussetzungen für die Suizidhilfe durch Fachpersonen. Klar geht aus den Rechtsgrundlagen hervor, dass in jedem Fall von Suizidhilfe eine medizinische Indikation gegeben sein muss.

Insgesamt zeigt sich in der Rechtslage ein gewisses Spannungsfeld: Das gesetzliche und das richterliche Recht verpflichten die Ärztinnen und Ärzte zwar nicht zum Leisten von Suizidhilfe. Doch sie schreiben der Ärzteschaft *de facto* eine Pfortnerrolle beim Zugang zum assistierten Suizid zu, während das Standesrecht die Suizidhilfe zurückhaltend als „freie Willensbekundung“ (FMH Positionspapier 2008) der Ärztin bzw. des Arztes und nicht als ärztliche Tätigkeit qualifiziert. Gesetzliches Recht und Standesrecht ergänzen sich bezüglich der Voraussetzungen zur Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zwar weitgehend, widersprechen sich jedoch in der Frage, ob das todbringende Arzneimittel auch dann verschrieben werden darf, wenn die suizidwillige Person nicht nahe am Lebensende steht. Sind Ärztinnen und Ärzte mit dem Suizidwunsch einer solchen Person konfrontiert, findet sie sich somit in einem rechtlichen Zwiespalt wieder.



### 3 Stand der empirischen Forschung und Konkretisierung der Studienfragen

In der Studienausschreibung führt die SAMW vier zu untersuchende Themenbereiche auf. Nachfolgend werden zu allen vier Bereichen auf der Grundlage einer Recherche zum Forschungsstand diese Studienfragen konkretisiert. Ebenfalls wird der Themenkatalog um zwei weitere Fragen ergänzt.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Haltungen der Ärzteschaft zur Suizidhilfe und ihre Erfahrungen mit Suizidhilfe in Abhängigkeit verschiedener Eigenschaften unterscheiden. Als wichtigste Kriterien sind dabei jene zu nennen, die sich direkt auf den beruflichen Hintergrund beziehen, so die Fachdisziplin sowie die Haupttätigkeit in einem Spital oder in freier Praxis. Ebenfalls kann davon ausgegangen, dass gemachte Erfahrungen die Einstellungen zur Suizidhilfe beeinflussen. Daneben ist auch von einem gewissen Interesse, ob kulturelle Faktoren wie Religion/Religiosität, und Sprachregion oder soziodemographische Eigenschaften wie das Alter und Geschlecht einen Einfluss auf die Haltungen haben.

#### 3.1 Einstellungen zur Suizidhilfe

*Frage 1: Wie ist die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten zur Suizidhilfe grundsätzlich und in Bezug auf bestimmte Patientengruppen?*

Für die Schweiz wurde im Rahmen EURELD-Projekts im Jahr 2002 gleichzeitig mit Befragungen in Australien, in Belgien, in Dänemark, in Italien, in den Niederlanden und in Schweden die Haltung von Ärztinnen und Ärzten zu verschiedenen Entscheidungen am Lebensende untersucht (Fischer et al. 2005).<sup>21</sup> Inwieweit diese grundsätzlich Suizidhilfe befürworten, wurde nicht gefragt. Es lässt sich indes aus den Antworten zu drei den Befragten vorgelegten Statements bei einem bedeutenden Teil der antwortenden Ärzteschaft eine Akzeptanz für die künstliche Verkürzung des Lebens ableiten: So stimmten 61% der an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zu, dass eine Person das Recht haben solle zu entscheiden, ob sie ihr Lebensende beschleunigen wolle oder nicht (Statement zur Patientenautonomie). 56% stimmten dem Statement zu, die Verwendung von Substanzen in tödlicher Dosis sei akzeptabel auf explizites Verlangen eines Patienten mit terminaler Erkrankung mit extremen unkontrollierbaren Schmerzen oder anderem Leiden (Statement zur Akzeptanz). Die Befürchtung, dass sich die Gesellschaft mit der Zulassung solcher Praktiken auf eine schiefe Ebene begibt, wird von einer Minderheit geteilt (Statement zum Slippery Slope): 29% der Antwortenden stimmten der Behauptung zu, dass die Zulassung der Verwendung von Medikamenten in tödlicher Dosis auf Verlangen der Patientin bzw. des Patienten auch dazu führe, dass dieses Vorgehen mehr und mehr auch ohne Verlangen praktiziert werde.

---

<sup>21</sup> Die Ergebnisse dieser Studie basieren für die Schweiz auf 1360 ausgefüllten schriftlichen Fragebogen. Die Rücklaufquote betrug 64% (Fischer et al. 2005).

### *Differenzierung nach Patientengruppen*

Eine neuere schweizerische Befragung zeigt, dass Ärztinnen und Ärzte tendenziell gegenüber der (ärztlichen) Suizidhilfe skeptischer eingestellt sind als Juristinnen und Juristen und die Bevölkerung (Schwarzenegger et al. 2012: 221). Den Studienteilnehmenden wurden verschiedene Fallkonstellationen vorgelegt. Die Bewertung der Suizidhilfe scheint hier von der Art des Falls abzuhängen. Sie erlaubt auch Rückschlüsse darauf, dass die Studienteilnehmenden nach Patientengruppen differenziert. So schwankte die Zustimmung, Suizidhilfe zu leisten, zwischen den ihnen vorgelegten verschiedenen Fallvignetten bedeutend: Bei einer Krebspatientin mit unerträglichen Schmerzen befanden 76% der an der Studie teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, das Verschreiben eines tödlichen Medikaments solle erlaubt sein. Im Fall eines polymorbiden Seniors, der sein Leben nicht mehr lebenswert findet, lag die Zustimmung bei 58%. Bei einem Alzheimerpatienten, der bisweilen auch die Namen seiner Kinder vergisst, und nicht zu einem Pflegefall werden möchte, lag sie bei 53%. Schwarzenegger et al. bringen die tiefe Zustimmung beim letzten Fall in Zusammenhang mit der möglicherweise beeinträchtigten Urteilsfähigkeit des Patienten (Schwarzenegger et al. 2012: 222).

### *Differenzierung nach Gruppen von Ärztinnen und Ärzten*

Fischer et al. untersuchten den Einfluss verschiedener demographischer und kultureller Faktoren auf die Haltung der Ärzteschaft zu Entscheidungen am Lebensende (Fischer et al. 2005). Nimmt man die drei oben erwähnten Statements zur Patientenautonomie, zur Akzeptanz und zum Slippery-Slope-Argument als Gradmesser, so zeigen sich Ärztinnen und Ärzte der italienischen Schweiz gegenüber der künstlichen Verkürzung des Lebens und der Patientenautonomie bei Entscheidungen am Lebensende tendenziell zurückhaltender als jene der Romandie, am offensten sind diesbezüglich jene der Deutschschweiz. Während sich diese Haltungen zwischen den Geschlechtern nicht überzufällig unterscheiden, stimmen ältere Ärztinnen und Ärzte dem Slippery-Slope-Argument überproportional zu. Praktizierende, die häufiger mit terminal erkrankten Personen zu tun haben, sind zudem unterdurchschnittlich offen gegenüber der künstlichen Verkürzung des Lebens.<sup>22</sup> Sie stimmen dem Argument der Patientenautonomie unterdurchschnittlich häufig zu, dem Slippery-Slope-Argument hingegen überdurchschnittlich häufig. Noch deutlicher zeigt sich das gleiche Muster bei Ärztinnen und Ärzten, welche die Religion als wichtige Leitlinie für ihre ärztlichen Entscheidungen zum Lebensende angaben. Die Bedeutsamkeit der Religiosität für die Haltung gegenüber der medikamentösen Verkürzung des Lebens zeigt sich auch in den anderen Ländern (Cohen et al. 2008).

### *Fazit*

Die bisherigen Befunde zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte kontroverse Ansichten zur Suizidhilfe haben und dass sie dieser im Durchschnitt etwas kritischer gegenüberstehen als die Gesamtbevölkerung oder Juristinnen und Juristen. Dabei scheint der Zustimmungsgrad zur Suizidhilfe zu-

---

<sup>22</sup> Inwieweit diese Einstellungen sich in Abhängigkeit vom medizinischen Fachgebiet des Arztes/der Ärztin unterscheiden, konnte auf der Basis der gesichteten Studien nicht eruiert werden. Auch zu allfälligen Unterschieden zwischen Ärztinnen und Ärzten in Kliniken und in freier Praxis sind keine Angaben zur Schweiz verfügbar.

mindest für einen Teil der Ärztinnen und Ärzte auch stark von der Art des Leidens des Patienten/der Patientin abzuhängen (Schwere, Nähe des Lebensendes, Urteilsfähigkeit). In der qualitativen und quantitativen Befragung dieses Projekts war deshalb bei der Frage nach der Zustimmung zwischen verschiedenen Patientengruppen zu differenzieren. Es musste untersucht werden, ob die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten eher *grundsätzlicher* Art ist (Zustimmung oder Ablehnung von Suizidhilfe in allen Fällen), oder ob vielmehr eine nach Patientengruppen *differenzierte* Einstellung zur Suizidhilfe feststellbar ist.

### 3.2 Angemessene Rolle der Ärzteschaft

*Frage 2: Worin sehen Ärztinnen und Ärzte eine ethisch angemessene Rolle der Ärzteschaft im Bereich Suizidhilfe? Sehen sie eine Vereinbarkeit der Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin?*

Die bisherige empirische Forschung liefert einige Informationen, die mit der zweiten Forschungsfrage in einem Zusammenhang stehen. In der Umfrage von Schwarzenegger et al. sprachen sich von den antwortenden Medizinerinnen und Medizinern 70% dafür aus, dass Ärzte die Aufgabe übernehmen sollten „jemandem beim Sterben zu helfen“ (Schwarzenegger et al. 2012). 77% der Antwortenden stimmten dem Statement zu, es sei eine Aufgabe des Arztes oder der Ärztin, schwerkranken Menschen beim Sterben zu helfen. Eine Minderheit von 32% der Antwortenden bezeichnete es als im Widerspruch zu den Zielen der Medizin stehend jemandem beim Sterben zu helfen. Diese Statements schliessen allerdings neben der Suizidhilfe auch andere Aktivitäten der Sterbehilfe mit ein.

Im Rahmen der EURELD-Befragung von 2002 zeigte sich, dass 44% der an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz der Ansicht sind, Suizidhilfe solle *nur* von der Ärzteschaft ausgeübt werden (Bosshard et al. 2009).<sup>23</sup> Es zeigen sich diesbezüglich kaum Gruppenunterschiede: Etwas höher ist die Zustimmung einzig bei der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte, die älter als 50 Jahre sind (Fischer et al. 2005: 374). In der italienischen Schweiz wurde die Frage nicht gestellt, zwischen Deutschschweiz und Romandie klafft kein statistisch signifikanter Unterschied. 47% der Antwortenden in der Schweiz sahen einen moralisch relevanten Unterschied zwischen der Verschreibung eines Medikaments in tödlicher Dosis und der Verabreichung derselben (Bosshard et al. 2009). 60% der Antwortenden einer Studie in den französischsprachigen Kantonen der Schweiz sprachen sich dafür aus, dass Suizidbeihilfe auch in Spitälern möglich sein solle, 62% für Suizidhilfe in Pflegeheimen (Burkhardt et al. 2007).<sup>24</sup>

Eine Artikelserie und auch ein Podiumsgespräch der Schweizerischen Ärztezeitung im Jahr 2012 geben zur Frage der angemessenen Rolle der Ärzteschaft ein breites Meinungsspektrum wieder. Die Ärzteschaft arbeitet bereits unter Umständen, in denen ihre berufliche Pflicht zur Lebenserhaltung Grenzen hat. Eine Grenze findet sich darin, was vom medizinischen Standpunkt aus sinnvoll erscheint („futile treatment“) oder überhaupt machbar ist (Beispiel Ressourcenknappheit in der Transplantationsmedizin). Eine andere, heutzutage entscheidende rechtliche und ethische

---

<sup>23</sup> Vgl. Bosshard et al. (2009). Zur Rolle der Ärztin bzw. des Arztes in der Suizidhilfe in der Schweiz siehe ebenfalls Bosshard (2012 a), Bosshard et al. (2008) und Bosshard et al. (2002).

<sup>24</sup> Die Befragung wurde im Jahr 2006 durchgeführt. Die Ergebnisse basieren auf 1650 ausgefüllten Fragebogen (Rücklauf von 64%).

Grenze besteht im Abwehrrecht der Patientin bzw. des Patienten gegenüber einer Behandlung (Beispiel Patientenverfügung). Die Ärzteschaft ist es also gewohnt, sich im Konfliktfeld zwischen der Achtung der Patientenautonomie und der Pflicht zur Lebenserhaltung zu bewegen.

### *Fazit*

In bisherigen Befragungen der Ärzteschaft zeigten sich bis zur Hälfte der Antwortenden grundsätzlich bereit, Suizidhilfe zu leisten (siehe unten). Zur Frage, welche Rolle der Ärzteschaft als Ganzes bezüglich der Suizidhilfe zukommen solle und zur Vereinbarkeit der Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin, sind aufgrund der gesichteten Studien, die sich teilweise auf Befragungen aus dem Jahr 2002 stützen, keine aktuellen und präzisen Antworten möglich. Zu thematisieren ist evtl. auch die Frage, wie sich die Ärzteschaft zur Praxis der Suizidhilfe in Spitälern und Pflegeheimen stellt.

Insbesondere interessierte im Rahmen dieser Studie, inwieweit die Haltungen der Ärzteschaft mit den aktuell geltenden Rechtsregeln übereinstimmen. Diesen zufolge ist Suizidhilfe nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit und steht im Widerspruch zu deren Zielen des Heilens und der Linderns von Leiden, wird aber als persönlicher Gewissensentscheid toleriert. Gleichzeitig sind assistierte Suizide ohne ärztliche Verschreibung von Natrium-Pentobarbital faktisch kaum denkbar. Grundsätzlich waren deshalb drei abzufragende ärztliche Rollen denkbar: Keine Suizidhilfe durch Ärzte (Verbot), Suizidhilfe als freiwillige Handlung (aktuelle Regelung) sowie eine Pflicht, Suizidhilfe zu leisten.

In diesem Zusammenhang ist jedoch in Rechnung zu stellen, dass es aus der Sicht der an der Befragung teilnehmenden Person einen Unterschied machen kann, ob in einem Einzelfall persönlich eine Suizidhilfe in Erwägung gezogen wird, die Landesvertretung der Ärzteschaft (FMH, SAMW) Regeln zur Suizidhilfe erlässt<sup>25</sup>, oder der Staat sich per Gesetz zu diesem Bereich äussert. Hier ergibt sich eine direkte Verbindung zur Studienfrage 5 (siehe unten Abschnitt 3.5).

Ebenfalls sollten vor allem in der qualitativen Befragung Ansichten gesammelt werden, welche Folgen es zum einen für die Ziele der Medizin, zum anderen für die ärztliche Praxis hätte, wenn die Suizidhilfe als ärztliche Tätigkeit definiert wird. Hierbei war zum einen in praktischer Hinsicht an Fragen der Qualitätsstandards und -kontrolle zu denken (Weiterbildung, Outcome-Forschung, Qualitätskriterien für Suizidhilfe), zum anderen an weitere Folgen für den Berufsstand (z.B. möglicher Druck auf die Ärzteschaft, Suizidhilfe anbieten zu können).

## **3.3 Bereitschaft zur Mitwirkung**

*Frage 3: Wie ist die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten zur Mitwirkung bei einem assistierten Suizid?*

Während Frage 2 auf die Rolle der Ärzteschaft insgesamt zielt, stellt sich hier die Frage, unter welchen Umständen Ärztinnen und Ärzte selbst bereit sind Suizidhilfe zu leisten.

---

<sup>25</sup> Auf dieser Ebene sind auch die Stellungnahmen Nr. 9/2005 und 13/2006 der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin und die Richtlinien der SAMW zur Betreuung der Patientinnen und Patienten am Lebensende anzusehen.

Zur Bereitschaft der Ärzteschaft zur Mitwirkung bei einem assistierten Suizid liegen Umfrageergebnisse vor: Löfmark et al. (2008) stellen auf Basis der EURELD-Befragung von 2002 fest, dass 59% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz nicht bereit seien, auf Wunsch Medikamente zu verabreichen, zu verschreiben oder zur Verfügung zu stellen mit dem Ziel, den Tod der Patientin bzw. des Patienten zu beschleunigen.<sup>26</sup> 44% der Antwortenden in der Studie von Schwarzenegger et al. (2012) gaben an, sie könnten sich auf jeden Fall oder eher vorstellen, einer suizidwilligen Person auf ihren Wunsch hin ein tödliches Medikament zu verschreiben. In der Umfrage in den französischsprachigen Kantonen gaben rund ein Drittel aller an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte an, bereits einmal mit dem Wunsch nach Suizidhilfe konfrontiert worden zu sein (Burkhardt et al. 2007). Die Hälfte von ihnen berichtete, auf den Wunsch eingegangen zu sein („ont accepté d’entrer en matière“, Burkhardt et al. 2007). Bei den ablehnenden Ärztinnen und Ärzten wurde nicht gefragt, ob sie aus prinzipiellen Gründen oder aufgrund der fehlenden Voraussetzungen im Einzelfall zu dieser Ablehnung gekommen waren. Von den Antwortenden, die noch nie mit einem Suizidhilfewunsch konfrontiert worden sind, zeigten sich 41% grundsätzlich bereit, auf den Wunsch einzugehen, wenn die Kriterien der Suizidhilfeorganisation EXIT erfüllt seien.

Es gibt neben dem Verschreiben von Natrium-Pentobarbital verschiedene Formen der Mitwirkung. Diese können beispielsweise die Weitergabe an Informationen zu Suizidhilfeorganisationen, das Legen einer Infusionskanüle oder das Begleiten einer Person beim Suizid umfassen. Als Mitwirkung kann aber auch bereits ein Vermerk im Patientendossier gewertet werden, der über den Suizidwunsch der betroffenen Person Auskunft gibt und diesen unterstützt.<sup>27</sup> Denn die Suizidhilfeorganisationen verlangen zur Prüfung des Suizidanliegens das jeweilige Patientendossier.

Die Bereitschaft zu einer Form der Mithilfe hängt von vielfältigen, bereits erwähnten Faktoren wie der Art der Patientengruppe und den damit verbundenen Merkmalen, aber auch von der eindeutigen Feststellbarkeit der Urteilsfähigkeit und der Überzeugungskraft des Suizidwunsches<sup>28</sup> ab. Darüber hinaus war aus Sicht des Projektteams auch nach der Art, Intensität und Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung als einem weiteren Einflussfaktor zu fragen. Ebenfalls war zu bedenken, dass es für die ärztliche Bereitschaft eine Rolle spielen könnte, ob im Fall einer Ablehnung von Suizidhilfe die betroffene Person anderweitig Suizid begehen würde. Dies könnte Ärztinnen und Ärzte in ihrer Bereitschaft zur Mitwirkung beeinflussen, wenn sie weiss, dass der nicht-assistierte Suizid als ein gewaltsamer Tod die Familienangehörigen bzw. nahestehenden Personen traumatisieren könnte, wenngleich auch das Beiwohnen bei einem ärztlich assistierte Suizid unter Umständen ein posttraumatisches Stresssyndrom bei Angehörigen auslösen kann (Wagner et al. 2012).

---

<sup>26</sup> Das den Befragten vorgelegte Statement lautete wörtlich: „Administering, prescribing or supplying drugs with the explicit intention of hastening the end of life on the explicit request of a patient.“ (Löfmark et al. 2008).

<sup>27</sup> Für eine qualitative Auswertung der Patientendossiers zwischen 2001 und 2004 siehe Imhof et al. (2011).

<sup>28</sup> Eine Schweizer Studie, die in einer Palliativ-Einrichtung in Aubonne durchgeführt wurde, weist unter anderem auf die Instabilität des geäusserten Sterbewunsches hin (Moynier-Vatieghe et al. 2010). Gründe für die Bitte um einen assistierten Suizid wurden aus ärztlicher Sicht von Fischer et al. (2009) untersucht.

## Fazit

Die Frage über die Bereitschaft zur Mitwirkung zielt auf die konkrete Haltung der Ärztin bzw. des Arztes. Dabei war zunächst zu erheben, ob sich Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich vorstellen können, Suizidhilfe zu leisten oder auf andere Arten bei einem assistierten Suizid mitzuwirken. Wenn ja, so stellt sich im Anschluss die Frage, von welchen Faktoren sie im konkreten Einzelfall ihre Bereitschaft abhängig machen. Die Bereitschaft zur Mitwirkung dürfte, so war anzunehmen, neben personenbezogenen Kriterien von Arzt und Patient auch von der Form der Mitwirkung, die gefordert wird, von der Art, Intensität und Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung und von den vorgestellten, möglichen Auswirkungen eines assistierten bzw. nicht-assistierten Suizids auf die Angehörigen bzw. nahestehenden Personen abhängen.

### 3.4 Erfahrungen mit ärztlicher Suizidhilfe

*Frage 4: Welche Erfahrungen haben Ärztinnen und Ärzte mit ärztlicher Suizidhilfe? (Konflikte)*

Hier ging es einerseits darum zu klären, wie oft Ärztinnen und Ärzte in ihrem Alltag mit dem Thema der Suizidhilfe konfrontiert werden, andererseits auch, welche eventuell auch konflikthafte Erfahrungen sie dabei gemacht haben.

Gemäss den gesichteten Umfragen kann davon ausgegangen werden, dass ein bedeutender Teil der Ärzteschaft in ihrer Praxis einmal oder mehrmals mit einem ernsthaften Wunsch nach Suizidhilfe konfrontiert wird. 32% der in der Romandie an der Befragung teilnehmenden Allgemeinpraktiker, Gynäkologen, Onkologen und Geriater berichteten von mindestens einer solchen Forderung (Burkhardt 2007). Bemerkenswert an dieser Studie ist, dass mehr als ein Drittel derjenigen Ärzte, die auf den Wunsch eingingen, nicht die Zusammenarbeit mit einer Suizidhilfeorganisation suchten. In der Untersuchung von Schwarzenegger et al. (2012) hatten 43% der an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten keine klare Antwort auf die Frage, ob sie schon einer erkrankten Person auf ihren Wunsch hin ein tödliches Medikament verschrieben haben (weiss nicht oder Antwortverweigerung), 8% gaben an, sie hätten dies schon getan. Eine Angabe, wieviele Ärztinnen und Ärzte mit dem Wunsch nach Suizidhilfe konfrontiert worden sind, ist aufgrund dieser Studie nicht möglich.

Von den an der EURELD-Studie teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten aus der Schweiz berichteten 37%, sie seien mit einer Anfrage für eine Beschleunigung des Sterbens („receiving a request for hastening death“) konfrontiert worden (Löfmark et al. 2008). Anhand einer Analyse der Antworten aus allen sieben teilnehmenden Ländern konnte differenziert werden, in welchen Disziplinen solche Wünsche im Vergleich zu den Allgemeinpraktizierenden überdurchschnittlich häufig oder selten waren. Zu den Disziplinen mit überdurchschnittlich vielen Anfragen zählen die Geriatrie, die Onkologie und die Pneumologie, selten waren Anfragen in der Anästhesiologie, der Gynäkologie und der Chirurgie. Ähnlich häufig wie bei den Allgemeinpraktizierenden waren Anfragen in der Inneren Medizin und der Neurologie. In einer Palliativ-Einrichtung in Aubonne artikulierten während eines Jahres von rund 700 Patientinnen und Patienten deren 44 (oder ihre Angehörigen) einen Wunsch nach Sterbehilfe, wovon 16 einem Wunsch nach einem assistierten Suizid entsprachen (Moynier-Vatighem et al. 2010).

Gamondi et al. (2013a, b) bemängeln, dass bei assistierten Suiziden der schwierigen Situation der Angehörigen im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid zu wenig Beachtung geschenkt wer-

de. Über weitere konkretere Erfahrungen, Vorgehensweisen sowie über Konflikte mit den Patienten oder auch mit ihren Angehörigen berichten die gesichteten Studien nicht.

### Fazit

Basierend auf den bestehenden Untersuchungen zur Schweiz konnte vermutet werden, dass eine bedeutende Minderheit der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte mit der Frage nach Suizidhilfe schon in Berührung gekommen ist. Im weiteren Verlauf der Studie war zu eruieren, wie viele Ärztinnen und Ärzte in welcher Häufigkeit und Regelmässigkeit mit der Thematik der Suizidhilfe, respektive dem Suizidwunsch von Patientinnen oder Patienten konfrontiert werden. Anschliessend war zu erfragen, wie sie mit dem Suizidwunsch konkret umgegangen sind und mit welchen Schwierigkeiten sie dabei konfrontiert wurden, z.B. bei der Feststellung der Urteilsfähigkeit, der Ermittlung des Suizidwunschs oder im Umgang mit Angehörigen, speziell in Konfliktsituationen. Eine weitere Konfliktsituation kann daraus entstehen, dass nach den jetzigen SAMW-Richtlinien die oder der Vorgesetzte Suizidhilfe in ihrer/seiner Organisationseinheit verbieten kann. Es war zu erwarten, dass vor allem in Einzelgesprächen Raum für Erfahrungsberichte geboten werden kann, der auch die individuelle Beschreibung von Konfliktsituationen und einer von Standesrecht abweichenden Suizidhilfepraxis zulässt.

## 3.5 Regelungen

*Frage 5: Welche Regelungen wünschen sich Ärztinnen und Ärzte bei dem Vollzug von Suizidhilfe, die über Art. 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches hinausgehen? Werden Änderungen der SAMW-Richtlinien erwünscht und wenn ja, welche?*

Als zusätzliche Differenzierung zur Frage nach der angemessenen Rolle der Ärzteschaft bei der Suizidhilfe interessierte auch, welche Regelungen die Ärzteschaft sich im Zusammenhang mit der Suizidhilfe wünscht. Hierfür konnte direkt an die Diskussion der Rechtslage in Kapitel 2 dieses Berichts angeschlossen werden. So interessierte die Zufriedenheit der Ärzteschaft mit dem Status quo der gesetzlichen und standesethischen Regelungen der Suizidhilfe: Sollte diese nach Ansicht der Ärzteschaft eher restriktiver oder eher offener als bisher gestaltet werden? Grundsätzliche Anpassungsmöglichkeiten bestehen neben der strafrechtlichen Regelung insbesondere im Bereich des Betäubungsmittelrechts (weitere Restriktionen oder liberalisierter Zugang zu Natriumpentobarbital) oder bei der Frage, wie allenfalls das Standesrecht angepasst werden sollte (Lockerung oder Verschärfung der bestehenden Voraussetzungen für die Zulässigkeit von ärztlicher Suizidhilfe; Praktikabilität der Prüfkriterien). Auch stellt sich die Frage nach der Regelung der Praxis der Suizidhilfe innerhalb von Spitälern und Pflegeeinrichtungen. Insgesamt konnte dabei davon ausgegangen werden, dass die Richtlinien der SAMW und ihre Inhalte bei den Ärztinnen und Ärzten mittelmässig gut bekannt sind: Eine deutliche Mehrheit hat Kenntnis von ihr, aber nur eine Minderheit kennt den Inhalt vollumfänglich (Pfister/Biller-Andorno 2010a).

### 3.6 Mögliche Folgen einer Ausweitung ärztlicher Suizidhilfe

*Frage 6: Wie werden von der Ärzteschaft mögliche Folgen einer Ausweitung der Suizidhilfe eingeschätzt?*

Als zusätzlicher Themenbereich wurde von der ZEK gewünscht, die Ärztinnen und Ärzte danach zu befragen, wie sie die Folgen einer Ausweitung der ärztlichen Suizidhilfe einschätzen.<sup>29</sup> Unter Ausweitung wird dabei sowohl eine zahlenmässige Erhöhung ärztlicher Suizidhilfefälle verstanden als auch eine Lockerung standesrechtlicher Kriterien für ärztliche Suizidhilfe. Die Auswirkungen, nach denen hypothetisch gefragt werden sollte, betreffen andere Bereiche der Sterbehilfe (v.a. Tötung auf Verlangen), die medizinische Betreuung am Lebensende (Palliativmedizin), den Druck auf Patientinnen und Patienten aber auch auf Ärztinnen und Ärzte, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen bzw. zu leisten, die Prävention gewaltsamer Suizide und das Arzt-Patienten-Verhältnis. Offen blieb dabei zunächst, ob die jeweils vermutete eintretende oder ausbleibende Ausweitung von der antwortenden Person als wünschenswert oder als Fehlentwicklung bewertet wird.

---

<sup>29</sup> Zur Diskussion von Befürchtungen gegenüber einer Ausweitung von Suizidhilfe in Richtung Rückgang der Palliativmedizin oder Tendenz zur unfreiwilligen Euthanasie siehe auch Biller-Andorno (2013) und Quill (2012).



## 4 Ergebnisse der Leitfadeninterviews (qualitativer Studienteil)

### 4.1 Methodisches Vorgehen

Der erste Arbeitsschritt der empirischen Untersuchung bestand in der Durchführung von Einzelinterviews mit drei Ärztinnen und neun Ärzten. Für die Interviews wurde ein Katalog mit Leitfadenfragen entwickelt (siehe Anhang 8.1.1). Der Katalog wurde auf der Grundlage der von der SAMW in der Ausschreibung vorgegebenen Themen, weitergehender Recherchen zur empirischen Ausgangslage (Kapitel 3) erstellt. Der Entwurf der Leitfadenfragen wurde der ZEK vorgelegt und daraufhin überarbeitet.

Die Methode der Einzelinterviews – obgleich zeitlich aufwendiger als Fokusgruppengespräche – ist ein geeigneter Ansatz, um auch Sachverhalte und Meinungen der Gesprächspartnerinnen und -partner in Erfahrung bringen zu können, die von sozial erwünschten Haltungen und standesrechtlich vorgegebener Suizidhilfepraxis abweichen können. Die Anonymität und damit der Schutz der interviewten Personen ist hier besonders wichtig, um eine vertrauliche Gesprächsatmosphäre schaffen zu können.<sup>30</sup> Aus diesem Grund wurden auch persönliche Gespräche vor Ort statt Telefoninterviews durchgeführt.

Die Interviews hatten im Durchschnitt eine Länge von 90 Minuten, wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschliessend anonymisiert transkribiert.

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte nach bestimmten Merkmalen ausgewogen. Anliegen des Untersuchungsteams war es, ein möglichst breites Meinungsspektrum in den Interviews abzudecken. Zu den weiteren Kriterien zählten vor allem Fachdisziplinen, die vermutlich häufiger mit Suizidwünschen von Patientengruppen oder vollzogenem Suizid konfrontiert werden, Landesteile (Deutschschweiz/Romandie/Tessin), Regionen (Land/Stadt), Arbeitsstätte (Spital/freie Praxis), die Erfahrung mit Suizidhilfe und die Einstellung zur Suizidhilfe (vgl. Datenbogen im Anhang 8.1.2). Acht interviewte Personen stimmen der Suizidhilfe grundsätzlich zu, vier Personen lehnen sie persönlich ab, möchten aber die Möglichkeit zur Suizidhilfe in der Schweiz erhalten. Die vertretenen Fachdisziplinen und Haupttätigkeiten waren Innere Medizin, Geriatrie, Psychiatrie, Palliativmedizin, Hausarztmedizin, Onkologie, Neurologie, Anästhesiologie und Oto-Rhino-Laryngologie sowie Tätigkeiten als Konsiliararzt für Suizidhilfeorganisationen und als Kantonsarzt. Bis auf eine Person, die erst über drei Jahre Berufserfahrung verfügt, haben die Interviewpartnerinnen und -partner zwischen 24 und 39 Jahre Berufserfahrung vorzuweisen. Sieben Personen arbeiten in freier Praxis, vier Personen arbeiten im Spital und/oder im Pflegeheim, eine Person ist pensioniert. Drei Personen, mit denen französischsprachige Interviews geführt wurden, sind in der Westschweiz tätig, acht Personen in der Deutschschweiz und eine Person arbeitet im Tessin. Die Personen stammen aus zehn unterschiedlichen Kantonen, wobei fünf (auch) in ländlichen Gebieten arbeiten. Sieben Personen gaben eine Religionszugehörigkeit an, aber nur drei Personen praktizierten diese auch. Suizidhilfe geleistet haben vier Personen, drei davon häufig (30 bis über 140 Mal) im Rahmen der organisierten Suizidhilfe. Zwei Personen haben im Rahmen der geleisteten organisierten Suizidhilfe auch häufig Suizide begleitet,

---

<sup>30</sup> Siehe dazu auch die methodischen Empfehlungen in Fischer et al. 2005: 376.

das heisst sie waren als Zeuge anwesend. Sechs Personen haben öfters bis häufig über Suizidhilfeorganisationen informiert, zwei Personen haben Patientendossiers an Suizidhilfeorganisationen weitergeleitet. Eine Beurteilung der Urteilsfähigkeit und eine ergänzende psychiatrische Beurteilung haben insgesamt drei Personen vorgenommen, die aber für sich selbst Suizidhilfe ablehnen.

Für die Auswertung der Interviews wurde eine induktive Herangehensweise gewählt. Das Material wurde nach den im Leitfaden vorgegeben Themen sortiert und anschliessend in zwei Richtungen ausgewertet. Zum einen wurde eine *einzelfallbezogene Analyse* gewählt und danach gefragt, welche Positionen die Person bezieht, mit welchen Argumentationsmustern sie diese begründet, welche Themen für sie wichtig sind, welche Begriffe sie verwendet und welche Perspektivität bzw. welcher Handlungshintergrund bei ihr feststellbar ist. Zum anderen wurde eine *thematische Queranalyse* durchgeführt. Hier wurden die Interviews entlang der Themenblöcke miteinander verglichen. Daraus ergibt sich eine thematische Struktur, mit der erstens deskriptiv ein Meinungsspektrum zusammengetragen wird und zweitens die vorgetragenen Positionen dann mit zentralen ethischen Werten, die hinter der vorgebrachten Meinung stehen, in Verbindung gebracht werden.

Die Ziele der Auswertung der Interviews sind, zentrale Fragen und Aspekte der Thematik „Suizidhilfe“ zu identifizieren, die genannten Positionen und ihre Begründung festzuhalten sowie diese vor dem Hintergrund der Rechtslage, dem Stand der empirischen Forschung und der ethischen Diskussion einzuordnen. Der qualitative Untersuchungsteil diente auch zur Vorbereitung der quantitativen Befragung: Es sollte Vorwissen erarbeitet werden über den Kenntnisstand der Ärztinnen und Ärzte (z.B. über gängige Begriffsverständnisse), auch sollten die Interviews ergänzende Grundlagen für die zu stellenden Fragen sowie vorzuziehende Antwortoptionen liefern.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung der Interviews entlang der sieben Themenbereiche, die im Interviewleitfaden aufgeführt sind oder darüber hinausgehen, dargestellt (vgl. den Leitfaden im Anhang 8.1.1). Eine Diskussion der Ergebnisse beschliesst das Kapitel.

## 4.2 Terminologische Klärung

Zu Beginn der Interviews wurde nach den Unterschieden zwischen Suizidhilfe und Sterbehilfe sowie nach synonymen Begriffen für Suizidhilfe gefragt. Die Begriffe Suizidhilfe und Sterbehilfe wurden von den Befragten mehrheitlich gemäss dem etablierten Verständnis<sup>31</sup> verwendet. Im Französischen werden die Ausdrücke „assistance au suicide“ und „aide au suicide“ synonym verwendet; zum Teil wird auch von „auto-délivrance“ gesprochen. In einigen Fällen ergaben sich jedoch interessante Abweichungen. So klang für GP 2<sup>32</sup> der Ausdruck „assistierter Suizid“ „verwirrlich, nach etwas Anrühigem“. Die Begriffe „Suizidhilfe“ und „Suizidbeihilfe“ schienen hingegen den Gesprächspartnerinnen und -partnern als Synonyme geläufig. Das Bereitstellen eines tödlichen Medikaments zum Zweck der Selbsttötung (Rezeptausstellen) wurde häufig als Beispiel für Suizidhilfe genannt. Andere Handlungen wie die sichere Anleitung zum Suizid (z.B. Einnahme aller Medikamente zusammen mit Alkohol) und das Unterlassen einer Hilfeleistung nach ei-

---

<sup>31</sup> Siehe Dossier zur Sterbehilfe des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement [http://www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/de/home/themen/gesellschaft/ref\\_gesetzgebung/ref\\_abgeschlossene\\_projekte0/ref\\_sterbehilfe/ref\\_formen\\_der\\_sterbehilfe.html](http://www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/de/home/themen/gesellschaft/ref_gesetzgebung/ref_abgeschlossene_projekte0/ref_sterbehilfe/ref_formen_der_sterbehilfe.html)

<sup>32</sup> „GP“ steht im Folgenden für Gesprächspartner bzw. Gesprächspartnerin, die Nummer dient der Unterscheidung der jeweils interviewten Ärztinnen und Ärzte. Zwecks Anonymisierung wird nur die männliche Form verwendet.

nem Suizidversuch wurden ebenfalls als Suizidhilfe bezeichnet. In den Äusserungen von GP 6, GP 8, GP 9 und GP 11 deutete sich an, dass die Grenze zur aktiven Sterbehilfe nicht scharf gezogen wird, da auch die Suizidhilfe als „etwas Aktives“ wahrgenommen wird. So wurde im Gespräch mit GP 11 beispielsweise das Verabreichen eines tödlichen Medikaments und das Bereitstellen eines tödlichen Medikaments auf dem Nachttisch gleichermassen als Suizidhilfe bezeichnet. Der Versand von Patientendossiers an Suizidhilfeorganisationen und das Informieren über solche Organisationen wurde hingegen klar nicht als Suizidhilfe aufgefasst, sondern als ein Patientenrecht bzw. als eine Massnahme, um eine informierte Patientin bzw. einen informierten Patienten vor sich zu haben. Auch wird die Fortsetzung der ärztlichen Betreuung und Begleitung einer suizidwilligen Person nicht als Suizidhilfe verstanden.

### 4.3 Einstellung zur Suizidhilfe

#### *Grundsätzliche Position*

Vier der zwölf interviewten Personen gaben eine grundsätzlich ablehnende Haltung gegenüber Suizidhilfe an. Das heisst, dass sie selbst unter keinen Umständen Suizidhilfe leisten würden. Unabhängig von ihrer persönlichen Ablehnung befürworteten jedoch auch diese vier Personen die Möglichkeit, dass Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz Suizidhilfe leisten dürfen.

Von den acht Personen, die Suizidhilfe unter gewissen Umständen vollziehen würden, haben lediglich vier Personen dies auch tatsächlich getan, drei davon in Zusammenhang mit einer Suizidhilfeorganisation.

#### *Voraussetzungen für Suizidhilfe*

Hinsichtlich der Umstände, die gegeben sein müssen, damit Suizidhilfe gerechtfertigt ist, herrschte grosse Übereinstimmung. (Zu den rechtfertigenden Umständen äusserten sich auch die Personen mit grundsätzlich ablehnender Haltung.) Dazu zählen einstimmig:

- Urteilsfähigkeit
- Wohlerwogenheit des Suizidwunsches
- Beständigkeit des Suizidwunsches
- Leiden

Zum Punkt der *Urteilsfähigkeit* wurde nur in einem Interview (GP 7, persönlich ablehnende Haltung) kritisch angemerkt, dass diese bei Suizidwunsch prinzipiell nicht gegeben sein kann, weil zur Urteilsfähigkeit auch die Abschätzung der Folgen gehöre. Niemand aber wisse, wie es ist, tot zu sein. Ansonsten sind alle interviewten Personen der Ansicht, dass auch ein sehr kranker Mensch eine für ihn vernünftige und freie Entscheidung treffen könne. GP 5 hält die eigene Betroffenheit sogar für eine Voraussetzung dafür, um die Situation angemessen beurteilen zu können, da nur die betroffene Person über das Wissen verfüge, wie sich ihr Kranksein anfühle. Jedoch merkt er kritisch an, dass gemäss seiner Erfahrung aus der Rechtsmedizin, in der er *ex post* die Urteilsfähigkeit abklären musste, diese mangelhaft dokumentiert, eventuell auch unzureichend abgeklärt wurde. GP 7 äussert Vorbehalte gegenüber der Möglichkeit, Kindern und Jugendlichen Urteilsfähigkeit zugestehen zu können, weil Suizidwünsche häufig in der Adoleszenz aufträten, hier also die Ursache für den Suizidwunsch genauer abzuklären sei.

Zum Punkt der *Wohlerwogenheit* gehört gemäss den interviewten Personen, dass sowohl medizinische Alternativen, welche beispielsweise die Palliativmedizin bietet, erörtert und erwogen wurden, als auch mögliche persönliche, die Familie und das Umfeld betreffende Ressourcen vollständig ausgeschöpft wurden, um die Adaptionfähigkeit der Person zu verbessern. Eine Voraussetzung für die Wohlerwogenheit des Suizidwunsches ist, dass psychosoziale und somatische Faktoren, die zum Suizidwunsch führen, erkannt werden und versucht wird, sie zu beseitigen oder zumindest zu beeinflussen.

Zum Punkt der *Beständigkeit* des Suizidwunsches, also der persistenten Überzeugung des Sterbenwollens, gehört nach Auffassung der befragten Ärztinnen und Ärzte die Beobachtung, dass der Entscheid zum Suizid immer ein Prozess ist, der Zeit braucht. Diese Zeit sollte auch in Arztgesprächen zur Verfügung gestellt werden. Damit wird ebenfalls ausgeschlossen, dass ein Entscheid im Affekt geschieht oder der Wunsch in einem Zustand der Erschöpfung entsteht.

Das *Leiden* spielt für die Befragten eine grössere Rolle als das Vorliegen und der Schweregrad einer Erkrankung. Ein somatisches oder psychosoziales Leiden, das nicht weiter therapierbar oder beeinflussbar ist, wird durchweg als Voraussetzung zur Suizidhilfe gesehen. Dennoch gehen die Meinungen in der Feststellung eines Leidens auseinander. Während GP 7 darauf beharrt, dass das Leiden für die Ärztin bzw. den Arzt objektivierbar und messbar sein müsse, damit Suizidhilfe geleistet werden dürfe, und zugleich die Ansicht vertritt, dass eine solche Objektivierung nicht möglich sei, sehen die anderen Befragten in der Subjektivität des Leidens kein generelles Hindernis (siehe unten *Beurteilung der Kriterien*).

Weitere Kriterien, die vereinzelt vorgebracht wurden, lauten:

- Erkrankung oder Behinderung
- Alter
- Fehlender Lebenssinn
- Todesnähe/Lebensende
- Dauer der Beziehung zur Ärztin bzw. Arzt
- Mitgliedschaft in der Suizidhilfeorganisation (insofern die Suizidhilfe über diese geleistet wird)

#### *Gesundheitszustand der suizidwilligen Person*

Das Vorliegen einer *Erkrankung* oder *Behinderung* ist für zwei Personen, die aktuell für eine Suizidhilfeorganisation arbeiten, und für eine Person mit ablehnender Haltung eine Voraussetzung für Suizidhilfe. Eine geriatrische Multimorbidität gehört für die Konsiliarärzte der Suizidhilfeorganisation in die Kategorie Erkrankung, bedarf aber der intensiveren Abklärung. Die übrigen interviewten Personen halten auch einen *Bilanzsuizid*, also den Suizid bei einer „lebensmüden“, aber ansonsten „gesunden“ Person, für denkbar bzw. sind nicht kategorisch dagegen. Gleichwohl wird zugestanden, dass die Bewertung, ob die soziale oder biographische Situation, unter der die suizidwillige Person leidet, nicht doch veränderbar ist, schwierig vorzunehmen sei. Das *Alter* spielt für die Befragten mit Blick auf die Zulässigkeit eines Bilanzsuizides ebenfalls eine Rolle. GP 1 führt den fehlenden Lebenssinn bzw. ein unwürdiges Leben explizit als eine weitere Voraussetzung für den Suizid an, betont aber gleichzeitig, dass die Bewertung, wann das Leben sinn- und würdelos ist, allein von der betroffenen Person selber – und nicht von der Ärztin bzw. dem Arzt – vorgenommen werden dürfe.

Das Kriterium des *Lebensendes* bzw. der *Todesnähe* wird nur von einer Person mit ablehnender Haltung als Voraussetzung für Suizidhilfe gesehen. Ansonsten wird dieses Kriterium für nicht zwingend erachtet. GP 4 ist der Ansicht, dass das Lebensende ein schlechtes Kriterium sei, da offen bleibe, ob es sich hier um eine rein zeitliche Achse oder um eine Krankheitsachse handle. Je nach Definition des Lebensendes, ob biologisch betrachtet oder psychosozial, ergäben sich unterschiedliche Zeitpunkte: „Wer an einem Punkt der überzeugten Suizidalität angelangt ist, der steht am Lebensende“, so resümiert GP 4.

Einstimmig wird in den Interviews die Position vertreten, dass es keine *Patientengruppe* geben darf, die prinzipiell von Suizidhilfe ausgeschlossen werden dürfe. Dies gelte auch für chronisch und psychiatrisch Kranke sowie für lebensmüde, alte Menschen, sofern man mögliche Leidensumstände (z.B. soziale Isolation und Einsamkeit, finanzielle Nöte) soweit wie möglich beseitigt habe. Die Abklärung bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten müsse jedoch sorgfältig und durch Fachpersonen erfolgen, um eine akute Depression oder Schizophrenie ausschliessen zu können. Thematisiert wurde der Ausschluss von Patientinnen und Patienten aufgrund einer Demenz und damit einhergehender Urteilsunfähigkeit und aufgrund körperlicher Unfähigkeit infolge muskulärer Schwäche (Beispiel ALS). In beiden Fällen äussern Menschen den Wunsch nach Suizidhilfe nach Erhalt der Diagnose oder in einem Krankheitsstadium, in dem sie ihr Leben eigentlich noch für lebenswert halten, jedoch Angst vor der sich verschliessenden Möglichkeit haben, zu einem späteren Zeitpunkt Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen.

#### *Geeignete Personen und geeignetes Vorgehen zur Prüfung, ob Suizidhilfe vertretbar ist*

Zur Frage, *wer beurteilen soll, ob die obigen Kriterien erfüllt sind*, wird oftmals die *Hausärztin* bzw. der *Hausarzt* angeführt. Diese Person nehme – in Abgrenzung zu Spitalärztinnen und -ärzten – eine Schlüsselstellung ein, weil sie über Personenkenntnis (Persönlichkeit, Biographie und familiär-soziales Umfeld) und über Medizinkennnisse (Beeinflussbarkeit von psychosozialen und somatischen Faktoren) verfüge. Zudem bestehe oftmals ein dauerhaftes und gutes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, das offene Gespräche ermögliche. Ebenfalls bestehe die Erwartung seitens Patientin bzw. Patient, von ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt bis zum Lebensende begleitet zu werden. Allerdings sei die „Eignung“ zur Suizidhilfe auch eine Frage des Charakters und der Lebenserfahrung. So müsse man beispielsweise „stark genug sein“, um andere enttäuschen zu können (das heisst Suizidhilfe zu verweigern). Aus Sicht von GP 6 bräuchte es ein spezielles Training bzw. eine Zusatzausbildung für die Feststellung von Urteilsfähigkeit. Die anderen interviewten Personen halten Gespräche und die Betreuung der suizidwilligen Person über längere Zeit für ausreichend. Die *Dauer der Beziehung zur Ärztin bzw. zum Arzt* wird von mehreren Befragten, darunter auch zwei Personen, die bereits Suizidhilfe geleistet haben, explizit als ein Erfüllungskriterium genannt. Die suizidwillige Person solle nicht allein wegen des Suizidwunsches in die Praxis kommen, sondern man müsse die Person länger/jahrelang betreut haben, ihre Geschichte kennen, um eben auch die Beurteilung der anderen Kriterien vornehmen zu können. GP 1 der für zwei Suizidhilfeorganisationen gearbeitet hat, lehnt die Art und Weise einer Organisation, wie sie Suizidhilfe für Ausländerinnen und Ausländer leiste, entschieden ab, weil die Personen ihn nur zu diesem Zweck als Arzt aufgesucht hätten.

Würde die Suizidhilfe in der Schweiz eine Ausweitung erfahren, äussern drei befragte Personen Ideen zur *Professionalisierung* und *Qualitätskontrolle* von Suizidhilfe. GP 5 schlägt bei hoher Suizidhilfezahl eine *staatliche Stelle* vor, an die man die suizidwillige Person weiterleiten könnte, auch um das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht zu gefährden. Diese Idee einer staatlichen Stelle wird auch von GP 4 aufgegriffen; er würde sie allerdings unter ärztliche Führung stellen. Entscheidend ist für ihn, dass kein Anreiz für Suizidhilfe gegeben werde (nicht-gewinnorientiertes Beamtenystem). GP 6 entwirft die Idee eines *Boards*, das über das Leisten von Suizidhilfe im Einzelfall entscheidet. Mögliche Mitglieder des Boards wären neben einer Person mit ärztlicher Kompetenz (vor allem Hausärztin bzw. Hausarzt) Angehörige, Seelsorger und eine juristische Fachperson, die den Prozess beaufsichtigt. Zudem betont GP 6 die Wichtigkeit einer *Gewaltentrennung*: Die Person, die die Urteilsfähigkeit prüft, dürfe nicht die Person sein, die Suizidhilfe leistet. Zur Sicherstellung der Transparenz und zur Kontrolle der Prozesse schlägt GP 6 zusätzlich die *Veröffentlichung* von Fällen der Suizidhilfe vor. Auch GP 7 favorisiert anstelle einer einzelnen Person, die über Suizidhilfe entscheidet und sie leistet, ein Gremium, das die Erfüllung der Kriterien überprüft. Mitglieder des Gremiums sollen aus der Seelsorge, der Ethik, der Medizin und „aus der Gesellschaft“ stammen.

Zur Frage, *wie die Beurteilung der Kriterien erfolgen soll*, ist Folgendes festzuhalten: Auch wenn verschiedene Parameter und Kriterien zur Rechtfertigung von Suizidhilfe aufgezählt werden, ist eine *Einzelfallbetrachtung* für die Befragten unerlässlich. Bis auf GP 9, der sich eine stärkere Standardisierung der Prozesse wünscht (Checkliste, wie bei Suizidhilfe vorzugehen sei), sind die Befragten eher skeptisch gegenüber starren Regelungen, weil die Fälle zu idiosynkratisch seien. Es gebe Fälle, in denen alle Parameter stimmten und trotzdem ein „ungutes Gefühl“ bleibe, dem man folgen sollte. In diesem Zusammenhang steht auch der Hinweis von GP 6, dass man über das Sterben wenig wisse. Ihm zufolge wäre es für die Ärzteschaft angezeigt, ihre eigenen *Vorstellungen von Leben, Krankheit und Sterben* zu reflektieren und nachzufragen, ob diese Vorstellungen tatsächlich zuträfen. Einige interviewte Personen drücken ihren Zweifel aus, ob sie den Willen und die Beweggründe der suizidwilligen Person stets ausreichend einschätzen und die Person in ihren Ängsten kommunikativ genügend gut erreichen konnten. Insgesamt wird zugestanden, dass man zum Ausmass des Leidens der suizidwilligen Person *keinen direkten Erkenntniszugang* habe. Rückschlüsse auf den Leidenszustand müsse man allein aus Gesprächen und eigenen Beobachtungen der Person ziehen. Vereinzelt wird jedoch geäussert, dass das *Leiden medizinisch begründet* sein müsse, das heisst eine Diagnose einer Fachärztin bzw. Facharzt z.B. aus der Onkologie oder der Psychiatrie vorliegen müsse.

#### *Begründungen für eine persönlich ablehnende Haltung gegenüber Suizidhilfe*

GP 11 orientiert sich in seiner ärztlichen Haltung an einem normativ aufgeladenen *Naturbegriff*. Er geht prinzipiell davon aus, dass man in natürliche Prozesse nicht eingreifen sollte, es sei denn, man bezwecke damit „etwas Gutes“. Tod und Sterben sind für ihn per se nichts Gutes. Hierin dürfe man die Natur nicht beschleunigen, es sei denn, die Massnahmen seien medizinisch nicht mehr sinnvoll. Die Natur äussert sich für ihn auch in einem „unbändigen Lebenswillen“, den „geistig gesunde Menschen“ haben. Dies sei ein „Gesetz der Natur“, woraus geschlussfolgert werden könne, dass Suizid etwas Widernatürliches sei und der Wunsch mit einer entsprechenden kognitiven Einschränkung einhergehe.

Anders begründet GP 7 seine Ablehnung, selbst Suizidhilfe zu leisten. Bei ihm sind drei Argumentationsstränge erkennbar, die seine Position untermauern. *Erstens* ist Suizid für ihn Ausdruck eines starken *Autonomiegedankens*, eine „persönliche Sache“ und ein Entscheid, vor dem er Respekt habe. Vor diesem Hintergrund scheine es ihm aber *widersprüchlich*, dass es eine *Drittperson braucht*, um Suizid zu begehen. Wenn die Gesellschaft diese Form von Autonomie-Hilfe zugestehen möchte, dann brauche seiner Ansicht nach keine Ärztin oder Arzt involviert zu werden. Vielmehr wäre unter dieser Voraussetzung eine Abgabe von Natrium-Pentobarbital bei einer staatlichen Stelle in Betracht zu ziehen. *Zweitens* begründet er seine Ablehnung damit, dass die Voraussetzungen für ärztliche Suizidhilfe nicht erfüllt seien. Zu diesen Voraussetzungen zählten, dass Leid, Krankheit und Urteilsfähigkeit vorlägen, und man Kenntnis über die tödliche Substanz habe. In allen Punkten kann für GP 7 die *Ärztin bzw. der Arzt keine besondere Kompetenz* aufweisen. So ist für ihn Leiden „maximal subjektiv“ und nicht objektiv messbar und damit nicht bewertbar. Krankheitsverläufe seien idiosynkratisch und unvorhersehbar; zuverlässige Prognosen seien nicht zu machen, auch weil Personen sehr wandelbar und adaptionsfähig seien. Mit der Gewöhnung an einen Krankheitszustand schwinde der Suizidwunsch, und die Lebensqualität steige entsprechend. Die Urteilsfähigkeit bei einer suizidwilligen Person ist für ihn prinzipiell nicht gegeben, da sie die Folgen ihres Handelns nicht abschätzen könne: niemand wisse, wie es ist, tot zu sein. Die Folgen des Suizids seien aber irreversibel, eine Situation, die für ihn in der Medizin einzigartig ist. Bezüglich Medikamentenwissen weist GP 7 darauf hin, dass Natrium-Pentobarbital nicht mehr in der Medizin verwendet und die Ärztin bzw. der Arzt von der Suizidhilfeorganisation über die zu verschreibende Dosis informiert werde. Als *drittes* und letztes Argument für seine Ablehnung gibt GP 7 an, dass er als Arzt aus einer *christlichen Überzeugung* heraus handle, die ihm die Achtung vor der „Heiligkeit des Lebens“ gebiete. Zugleich sieht er aber Suizid als eine natürliche Begebenheit an, die es immer geben werde, so lange es Menschen gebe.

Auch das Arztverständnis von GP 8 und damit einhergehend seine persönliche Ablehnung von Suizidhilfe sind stark geprägt von seinem *christlichen (katholischen) Glauben* und „seinem Menschsein“. Danach dürfe man nicht „Hand an das eigene Leben legen“. Dieses allgemeine Verbot von Suizid ist verknüpft mit dem Gebot, sein „Schicksal zu akzeptieren“. Getragen werden diese Verhaltensregelungen von der Überzeugung, dass das Leben in allen Phasen lebenswert sei. Aus dieser Überzeugung ergibt sich auch das Verbot von Suizidhilfe, denn man nehme jemandem „unter Umständen [...] einen wertvollen Teil des Lebens“ weg. Einem konkreten Leiden sei nicht vorzugreifen, denn niemand dürfe von sich auf andere schliessen. Weil Sterben etwas Natürliches sei und Leiden zum Leben dazugehöre, sei der Suizid letztlich widernatürlich.

Aus einer psychologischen Perspektive äussert GP 6 persönliche Vorbehalte gegen Suizidhilfe. Suizidhilfe suggeriere eine Kontrolle und Selbstbestimmung von Sterben und Trauer, die zwar Ideale in unserer Gesellschaft seien, aber letztlich eine *Illusion* blieben. Ausserdem bestehe die *Gefahr des Irrtums*, wenn die Lebensqualität durch eine Drittperson eingeschätzt werde. Die Selbst- und Fremdeinschätzung könnten sehr weit auseinanderklaffen.

#### *Begründungen für eine persönlich befürwortende Haltung gegenüber Suizidhilfe*

Die befragten Personen, die auch persönlich Suizidhilfe leisten würden, begründen ihre Position mit dem Hinweis auf Werte, die *personenbezogen* sind (Autonomie und Würde der suizidwilligen

Person) und/oder mit dem Verweis auf Werte, die *prozessbezogen* sind (Verminderung von Leiden und Steigerung von Qualität im Sterben). In argumentativen Nebensträngen wird auf *Suizidprävention*, *Fortschritte in der Medizin*, *zu vermeidende Alternativen* und *Konsistenzgründe* zur Rechtfertigung von Suizidhilfe verwiesen.

### *Autonomie*

Bei allen befragten Personen wird der Respekt vor der *Patientenautonomie* als Grund genannt, entweder selbst Suizidhilfe zu leisten bzw. deren Leistung durchaus in Betracht zu ziehen oder Suizidhilfe als Möglichkeit in der Schweiz zulassen zu wollen. Unter Autonomie wird allgemein die selbstbestimmte Lebensführung verstanden. Dazu gehört für die Befragten, den Todeszeitpunkt selbst zu bestimmen. Dies entspreche auch einer gesellschaftlichen Entwicklung, alles im Leben zu gestalten; die terminale Phase sei davon nicht auszunehmen. GP 1 betont, dass Autonomie Teil der *Würde des Menschen* sei und ein selbstbestimmtes Sterben damit ein „*Sterben in Würde*“ bedeute. Aus diesem Grund ist Suizidhilfe für GP 1 kein „Akt der Barmherzigkeit“, sondern Ausdruck von Respekt vor der Würde und der Autonomie der Patientin bzw. des Patienten. GP 4 nimmt zur Begründung seiner Position eine Güterabwägung vor: Der Respekt vor dem Patientenwillen sei höher zu gewichten als das Gut, das Leben „um jeden Preis“ zu erhalten. Die befragten Personen haben durchweg keine Zweifel, dass auch ein sehr kranker, leidender Mensch einen freien Entscheid treffen kann. Gerade die betroffene Person wisse, wie es tatsächlich um sie bestellt ist. Zu den *Persönlichkeitsrechten* einer Person zählt GP 5, dass man als Ärztin oder Arzt keine Berechtigung dazu hat, in den Gründen der suizidwilligen Person „zu wählen“.

### *Qualität des Sterbens/ Verminderung von Leiden*

Leiden lindern, indem man ein „friedvolles Sterben“ (GP 2) ermöglicht, ist das zweite Hauptargument für das Leisten von Suizidhilfe. Dabei wird der Begriff wörtlich verstanden: „jemandem helfen“; ihm „etwas Gutes tun“. GP 2 beispielsweise, der als Konsiliararzt für eine Suizidhilfeorganisation arbeitet, sieht in der Suizidhilfe eine „Extremform des Linderns“. Im Interview entsteht der Eindruck, dass er Suizidhilfe mehr über den Leidensaspekt als über den Respekt vor dem Patientenwillen rechtfertigt. In einem Interview wird auch explizit auf „Mitleid“ als ein Leitprinzip des ärztlichen Handelns verwiesen (GP 5).

### *Weitere Gründe*

Die Möglichkeit von Suizidhilfe wirke *präventiv gegen Suizide*. So lautet ein häufig vorgebrachtes Argument für die Nützlichkeit von Suizidhilfe. Die Mitgliedschaft in einer Suizidhilfeorganisation könne „tröstlich“ sein, ohne dass man deren Leistungen je in Anspruch nimmt, da allein die Aussicht darauf, diese Handlungsoption wählen zu können, den Leidensdruck der betroffenen Person genügend verringere, um ein Weiterleben möglich zu machen. Auch eröffne die Nachfrage nach ärztlicher Suizidhilfe einen Einstieg in die Themen von Endlichkeit, Sterben, Tod, den damit verbundenen Ängsten und Vorstellungen – und somit auch die Chance, Suizidwünsche zu beschwichtigen und Alternativen aufzuzeigen (Palliativmedizin; Patientenverfügung).



Des Weiteren würden *Alternativen* zur verweigerten Suizidhilfe erwogen (GP 4 und GP 10). Diese stellten im subjektiven Empfinden der betroffenen Person im Vergleich mit der Suizidhilfe eine Verschlechterung dar. Würde der suizidwilligen Person in solchen Fällen die Suizidhilfe verweigert, obwohl sie alle Kriterien erfüllt, verliere sie das Vertrauen in die Ärztin bzw. den Arzt, die bzw. der sie doch eigentlich begleiten sollte. Die Alternative des gewaltsamen Suizids sollte immer vermieden werden, weil ein gewaltsamer Suizid sowohl für die Angehörigen als auch für Berufsgruppen, die die Person nach dem Suizid finden (Sanität, Polizei, Bahnmitarbeitende etc.), traumatisierend sei. Suizidhilfe sei im Vergleich dazu eine *humanere Art des Sterbens*.

*Konsistenzüberlegungen* betreffen die Erlaubnis von Schwangerschaftsabbrüchen (GP 12). Wenn man Abtreibung zulasse, müsse man auch die Möglichkeit von Suizidhilfe einräumen, die im Vergleich zur Abtreibung „weniger gravierend“ sei.

GP 3 schliesslich erklärt, dass er von seiner ursprünglich ablehnenden Haltung gegenüber Suizidhilfe abgerückt sei und nun Suizidhilfe befürworte, weil die Medizin durch den *technischen Fortschritt* selbst dazu führe, dass Menschen immer älter werden und allein dadurch leiden bzw. ihr Leben nicht mehr als lebenswert empfinden.

#### *Vorzug ärztlicher Suizidhilfe*

Zur Begründung, *warum Ärztinnen und Ärzte* aufgrund ihres Berufes Suizidhilfe leisten dürfen sollen, werden neben den oben erwähnten *Personen- und Sachkenntnissen* auch der Zugang zu Medikamenten und das Wissen über ihre Wirkungen und Nebenwirkungen angeführt. Durch die ärztliche Begleitung, so GP 2, werde ein humanerer und von der betroffenen Person erwünschter Weg möglich. Den Vorteil von medikamentöser Suizidhilfe sieht GP 9 zudem darin, dass sie wirkungsvoll sei und der Suizid damit „unsichtbar“ bleibe. Dies sei vor allem für die Angehörigen ein Vorzug, wenn sie die Todesursache des Verstorbenen in ihrem Umfeld nicht nennen möchten. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass das Sterben zum Leben gehöre – und damit die Begleitung auch in den ärztlichen Tätigkeitsbereich falle (siehe unten *Vereinbarkeit mit den Zielen der Medizin*)

#### *Begründung warum keine Patientengruppe ausgeschlossen werden soll*

Einmütig wird betont, dass ein genereller Ausschluss einer bestimmten Patientengruppe von der Suizidhilfe eine unzulässige Form der *Diskriminierung* darstelle. Der Zugang zur Suizidhilfe müsse *gerecht* und *fair* gestaltet sein. Das heisst, dass diejenigen, die die oben genannten Kriterien (Urteilsfähigkeit; Wohlerwogenheit und Beständigkeit des Suizidwunsches; nicht anderweitig zu behandelndes somatisches, psychisches oder evtl. soziales Leiden) erfüllten, nicht aufgrund ihrer Erkrankungsart von der Suizidhilfe ausgenommen werden dürften. Diese Position ist komplementär zur Ansicht, dass die *Einzelfallbetrachtung* für die Beurteilung der Suizidhilfe ausschlaggebend sein soll.

## 4.4 Angemessene Rolle der Ärzteschaft

### *Möglichkeit der Suizidhilfe durch Ärztinnen und Ärzte*

Alle befragten Personen wünschen oder „können damit leben“, dass ärztliche Suizidhilfe in der Schweiz möglich ist. Die Argumente der Autonomie und der Leidensverminderung werden wiederholt angeführt. Ebenfalls wird auf die bestehende gesellschaftliche Akzeptanz verwiesen. Diejenigen, die das Leisten von Suizidhilfe persönlich ablehnen, begründen die Zulässigkeit beispielsweise damit, dass man in einer *pluralistischen Gesellschaft* lebe, in der eine Meinungsvielfalt – und Gewissensfreiheit – zu akzeptieren sei. Entscheidend ist für alle befragten Personen die *Freiwilligkeit* der Suizidhilfe. Auf keinen Fall dürfe an die Ärztin bzw. den Arzt ein Anspruch an Suizidhilfe erhoben werden können. GP 1 bezeichnet dies auch als eine „*Würde des Arztes*“.

### *Suizidhilfe als ärztliche Tätigkeit?*

Bei der Frage, ob Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin vereinbar sei und eine ärztliche Tätigkeit sein könne, gehen die Meinungen auseinander. Diejenigen, die eine Vereinbarkeit mit den Zielen der Medizin sehen, betonen das Ziel der *Leidensverminderung* und die Aufgabe, Patientinnen und Patienten *bis zu ihrem Lebensende zu begleiten*. Sterben gehöre zur Medizin, und der Tod soll medizinisch nicht verdrängt werden. GP 10 betont, dass es eine Weiterentwicklung des Verständnisses der Ziele der Medizin geben müsse, durch die nicht die Heilung sondern die Leidensverminderung hervorgehoben werde und auch, so GP 3, gegenüber der Lebensverlängerung priorisiert werde. GP 6 hingegen kann diese Ansichten nicht teilen. Für ihn gehört Suizidhilfe nicht zum Berufsbild der Ärzteschaft. Die ärztliche Tätigkeit sei auf das Leben, den Lebenserhalt und die Lebensqualität ausgerichtet. Der Tod stelle hier eine Grenze dar. GP 7 sieht eine Gefahr, dass die Stellung der Ärztin bzw. des Arztes sich ändern würde, wenn Suizidhilfe zu den Zielen der Medizin zählt. Die Arzt-Patienten-Beziehung sei ein Vertrauensverhältnis, das durch „Ängste und Phantasien“ über Rationierung und aktive Sterbehilfe gestört werden könnte, die durch die ärztliche Ausübung von Suizidhilfe entstehen könnten.

Wenn unter einer „ärztlichen Tätigkeit“ eine Tätigkeit verstanden wird, zu der die Ärztin bzw. der Arzt *verpflichtet* ist, so bezeichnet keiner der Befragten Suizidhilfe als ärztliche Tätigkeit, weil alle eine Verpflichtung zur Suizidhilfe ablehnen. Als *freiwillige* ärztliche Tätigkeit verstehen einige Befragte die Suizidhilfe durchaus. So weist GP 10 darauf hin, dass die Trennung zwischen einer medizinischen Handlung (Rezept für ein tödliches Medikament ausstellen) und der Handlung einer Person, die auch Ärztin oder Arzt ist, eine künstliche Unterscheidung darstelle, da die Person diese Handlung überhaupt nur kraft ihrer Berufsbewilligung und Berufsbefähigung ausführen könne. An diesem Punkt entzündet sich unter anderem für GP 7 die Frage, ob man angesichts dessen, dass die Gesellschaft Suizidhilfe wünsche, die *Abgabe von Natrium-Pentobarbital* zum Zweck der Selbsttötung ohne ärztliche Verschreibung regeln könne. Die Rolle, die die Ärztin bzw. der Arzt bei der Suizidhilfe spielen soll, wird mehrfach zur Disposition gestellt. GP 6 weist darauf hin, dass Suizidhilfe eine gesellschaftlich-kulturelle Entwicklung sei, die nicht allein die Ärzteschaft umsetzen und damit die „*gesamte ethische Belastung*“ tragen soll. Auch GP 5 betont, dass ein gesellschaftlicher Entscheid nicht auf die Ärzteschaft abgeschoben werden dürfe. Alle Befragten sind sich einig, dass Suizidhilfe nicht auf die ärztliche Beihilfe beschränkt sein soll. Während aber manche Ärztinnen und Ärzte (fast) ganz aus dem Geschehen ziehen wollen, ausgenommen der Tätigkeiten, zu denen sie beruf-

lich verpflichtet ist (Weiterleitung des Patientendossiers), betonen andere, dass die Hausärztin oder der Hausarzt durch die langjährige Betreuung der nun suizidwilligen Person und aufgrund der damit einhergehenden Sach- und Personenkenntnis für die Suizidhilfe gerade prädestiniert sei.

#### *Konsequenzen einer grösseren Verbreitung*

Angesprochen auf mögliche *Konsequenzen* einer grösseren Verbreitung von ärztlicher Suizidhilfe halten manche in Analogie mit der Praxis des Schwangerschaftsabbruchs einen „Druck auf alle“ für denkbar, bewerten ihn aber nicht negativ oder halten ihn für eingrenzbar, solange die Freiwilligkeit gewahrt bleibt. Wiederholt wird betont, dass eine gezielte *Aus- und Weiterbildung* in medizinischen, rechtlichen, ethischen aber auch das praktische Vorgehen betreffenden Aspekten wünschenswert sei. Zu den *Chancen* von Suizidhilfe werden die Suizidprävention, die beruhigende Wirkung durch die Möglichkeit, den eigenen Sterbezeitpunkt zu kontrollieren („seelische Stütze“), die Kommunikation über Tabuthemen von Sterben und Tod sowohl in der Arzt-Patienten-Beziehung als auch in der Öffentlichkeit, und die Humanisierung des Suizids durch medikamentöse Methode gezählt. GP 12 sieht zudem in einer besseren Verfügbarkeit von Suizidhilfe (analog zu *palliative care*) ein Mittel dafür, dass sowohl die Ärztinnen und Ärzte als auch Angehörige und Betroffene weniger dem Druck ausgesetzt seien, am Lebensende alles medizinisch Mögliche zu unternehmen („acharnement thérapeutique“).

Bezüglich *Palliativmedizin und Sterbehilfe* sehen die befragten Personen diese Medizinbereiche zumeist in einem sich ergänzenden Verhältnis mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen (z.B. Palliativmedizin brauche es, wenn der Sterbeprozess begonnen habe – und sei dann auch ausreichend; Suizidhilfe brauche es für Personen mit Sterbewunsch, die noch nicht im Sterben begriffen seien). Zum Teil werden die beiden Bereiche in ein Kontinuum gefasst (z.B. Suizidhilfe als „letzter Schritt der Palliativmedizin“ [GP 9]).

## 4.5 Regulierung der Suizidhilfe

#### *Gesetze (Art. 115 StGB und Betäubungsmittelgesetz)*

Art. 115 StGB und das Betäubungsmittelgesetz sind allen befragten Personen vom Inhalt her bekannt. Die Gesetze werden allgemein für ausreichend erachtet; Änderungen sind nicht erwünscht. Es wird hervorgehoben, dass die Suizidhilfe nicht auf die Ärzteschaft begrenzt werde und dies zu begrüssen sei bzw. eine solche Einengung zu vermeiden sei. Mögliche Erweiterungen des gesetzlichen Rahmens kommen ebenfalls zur Sprache und betreffen die Zulassung einer ärztlichen aktiven Sterbehilfe (GP 12) sowie die Einführung von Sorgfaltskriterien für Suizidhilfe (GP 10). Es wird jedoch auch davor gewarnt, die Gesetze nicht zu verkomplizieren.

#### *SAMW-Richtlinien*

Bis auf eine Person, die häufig Suizidhilfe geleistet hat, sind die Richtlinien allen Befragten bekannt. Insgesamt werden die Richtlinien als zu rigide beurteilt. Wie oben in Abschnitt 4.3 dargestellt, werden die Beschränkung der Suizidhilfe auf bestimmte Patientengruppen und auch das Kriterium des Lebensendes stark kritisiert. Eine Liberalisierung der Richtlinien und damit eine

Anpassung an die Gesetzeslage könnten dazu beitragen, dass weniger Suizidhilfefälle an Suizidhilfeorganisationen delegiert würden, die Ärzteschaft sich also rechtlich sicherer fühlen könnte. Die Freiwilligkeit der Suizidhilfe bildet auch in diesem Frageblock das Kernkriterium. Allein GP 8 wünscht keine Änderung der Richtlinien und keine Liberalisierung, weil damit der Auftrag der Gesellschaft, den Suizidwunsch bei Betroffenen zu vermeiden, unterwandert werden würde. Auch zum Schutz alter Menschen, die ihren Angehörigen finanziell und betreuungsmässig zur Last fallen, sei „die Hürde hoch zu halten“, indem dafür gesorgt werde, dass Suizidhilfe mit der Sterbephase zusammenfallen müsse. Die Meinung von GP 8 bildet jedoch eine Ausnahme. In mehreren Interviews wird erwähnt, dass sich die Haltung der Ärzteschaft gegenüber der Suizidhilfe in ca. den letzten zehn Jahren geändert habe und eine Öffnung gewünscht werde. GP 3 ist der Ansicht, dass die Ärzteschaft mit der Öffnung von Suizidhilfe auch eine anwaltschaftliche Rolle zugunsten der Patientinnen und Patienten übernehmen würde, deren Willen sie zu respektieren habe. Bei einer Revision der SAMW-Richtlinien seien auch Patientengruppen von der ZEK anzuhören und deren Meinung einzuholen. GP 5 weist auf die Kunst hin, in den Richtlinien genügend Spielraum für die Einzelfallbetrachtung zu lassen und dennoch konservativ genug zu sein, um einer zu rasanten Verbreitung von ärztlicher Suizidhilfe entgegenzuwirken.

#### 4.6 Erfahrungen mit Suizidhilfe

Vier interviewte Personen haben bereits Suizidhilfe geleistet, das heisst ein Rezept für ein tödliches Medikament zum Zweck der Selbsttötung ausgestellt. Nur eine Person (Hausarzt in ländlicher Praxis) hat dies nicht im Rahmen einer Suizidhilfeorganisation getan. Für die Beurteilung, ob die Kriterien für Suizidhilfe erfüllt sind (Urteilsfähigkeit; Wohlerwogenheit, Freiwilligkeit und Beständigkeit des Suizidwunsches; evtl. Krankheit) wurden Gespräche und Personenkenntnis, allenfalls fachärztliche Diagnose genannt. Vor allem die *Dauer und die Qualität der Beziehung* zur Patientin bzw. zum Patienten (langjährige Betreuung; Offenheit im Gespräch; Vertrauensverhältnis; Kenntnis der Biographie und des sozial-familiären Umfelds) scheinen für einen Entscheid zugunsten einer Suizidhilfe ein zentraler Punkt zu sein. Zugleich wird versucht, eine gewisse Distanz zur suizidwilligen Person zu wahren (kein intensives „Du-Verhältnis“), wohl auch unter dem Aspekt, dass es möglich bleiben müsse, die Person zu enttäuschen, indem man ihren Wunsch ablehnt. Dies schlägt sich unter anderem darin nieder, dass die interviewten Personen keine Suizidbegleitung machen. Eine Ausnahme bilden zwei interviewte Personen, die im Rahmen der organisierten Suizidhilfe Suizidbegleitung leisten – allerdings mit unterschiedlichem Rollenverständnis: Während sich die eine Person in der Rolle als „Zeuge“, „technischer Stellvertreter“, und „Hilfsmittel“ sieht, das es für die rechtmässige Abwicklung von Suizidhilfe brauche, wohnt die andere Person vielen Suiziden auch als mitfühlender Begleiter bei.

Drei weitere interviewte Personen haben indirekt *Suizidwünsche unterstützt*, dies durch die Weiterleitung von Patientendossiers an Suizidhilfeorganisationen, ergänzende psychiatrische Beurteilung und das Steckenlassen von Kanülen. All diese Handlungen wurden im Rahmen einer Therapie vorgenommen oder aufgrund des Rechts der behandelten Person an ihren Daten. Interessanterweise lehnen diese drei Personen Suizidhilfe persönlich ab. Aus den Interviews geht leider nicht hervor, aus welchen Gründen die ergänzenden psychiatrischen Beurteilungen vorgenommen wurden; auf diese kann eine Patientin oder ein Patient unseres Wissens nach keinen Anspruch erheben.

## 4.7 Konfliktsituationen

Die häufigste Konfliktquelle sind *Angehörige*. Es wurden in den Interviews von Fällen berichtet, in denen die Angehörigen versuchten, durch einen fürsorglichen Freiheitsentzug den Prozess zu stoppen, oder nachträglich eine Anzeige gegen den Arzt erstatteten. Es wurde jedoch auch ein Fall geschildert, in dem eine Angehörige auf die Umsetzung der Suizidhilfe drängte, der Patient jedoch zu seiner bestehenden Mitgliedschaft bei einer Suizidhilfeorganisation schwieg. Ebenfalls wurde von einer Nachfrage einer Tochter nach aktiver Sterbehilfe für die nicht mehr handlungs- und urteilsfähige aber suizidwillige Mutter berichtet.

Auch *Hausärztinnen und -ärzte* intervenieren in den Prozess, indem sie Dokumente, die es braucht, um eine Diagnose abzustützen, nicht an die Suizidhilfeorganisation weiterleiten. Ebenfalls wurde von einer Anzeige durch den Hausarzt berichtet, weil Suizidhilfe bei einer nicht-tödlichen Krankheit geleistet wurde.

Wenn die Leitung des *Pflegeheims* Suizidhilfe in ihrer Institution nicht zulasse, könne dies ebenfalls zu Konflikten führen, weil die suizidwillige Person unter Umständen nicht mehr in der Lage sei, eine Verlegung in ein anderes Pflegeheim zu organisieren. Es wurde betont, dass im Spital und im Pflegeheim auf Bedürfnisse und mögliche Ängste anderer Patientinnen und Patienten Rücksicht genommen werden müsse und insofern der Leitung die Zulassung oder Verweigerung von Suizidhilfe frei stehen sollte. Jedoch sei es für Patientinnen und Patienten sinnvoll, vor Eintritt in ein Pflegeheim die Haltung der Institution zur Suizidhilfe zu kennen.

Als Negativbeispiel wurde von GP 1 die Praxis einer Suizidhilfeorganisation angeführt, für die er zwei Jahre gearbeitet habe. Sein Hauptkritikpunkt bezog sich darauf, dass er Suizidhilfe bei Personen leisten sollte, die er nicht kannte, weil sie aus dem Ausland kamen und nicht bei ihm in Behandlung waren. Bei der Ablehnung solcher Fälle habe er zum Teil ein „ungutes Gefühl“ gehabt, weil er nach Durchsicht der Akten zu urteilen vermutete, dass er bei einigen dieser Personen durchaus Suizidhilfe geleistet hätte, wenn sie seine Patientinnen und Patienten gewesen wären. Ebenfalls berichtete er von einem Fall von „Unprofessionalität“, bei der die Person nach der Suizidhilfe nicht gestorben sei.

Als weiterer Kritikpunkt an der Abwicklung von Suizidhilfefällen wird der „entwürdigende Umgang“ mit der Leiche durch die *polizeiliche Untersuchung* vor Ort genannt. Die Fallbeschreibung entnahm GP 1 jedoch einem Buch (Ueli Oswald „Ausgang“) und nicht eigener Beobachtung. GP 9 hingegen erwähnte ein sensibles Vorgehen der Polizei und der Staatsanwaltschaft bei der Untersuchung vor Ort.

In einem Fall ergab sich ein grosser Konflikt mit der *suizidwilligen Person*, da diese vom Arzt, der ihr ein Rezept über das tödliche Medikament ausgestellt hatte, verlangte, eine falsche Angabe auf dem Totenschein zu machen. Der Patient versuchte – letztlich erfolglos –, den Arzt mit der Androhung von Rufschädigung zu dieser Handlung zu drängen, ihn also gleichsam zu erpressen. Ebenfalls verlangte der Patient, dass die Angehörigen vom Arzt nicht über den Suizidwunsch informiert würden. (Suizidhilfe wurde hier auf Wunsch des Patienten nicht im Rahmen einer Suizidhilfeorganisation geleistet.) Um in Zukunft solchen Konflikten vorzubeugen, schlägt der betroffene Arzt vor, in solchen Fällen einen Vertrag mit der suizidwilligen Person abzuschliessen. Dies würde für den Arzt mehr Rechtssicherheit schaffen.

Als weiterer Konflikt wurde der Suizidwunsch von Personen mit einer *Demenz-Diagnose* genannt, die schon früh Suizidhilfe in Anspruch nehmen wollten, weil sie befürchteten, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund ihrer Urteilsfähigkeit dazu nicht mehr in der Lage sind. Eine parallele Ausgangssituation hätten auch Patientinnen und Patienten mit einer progredient verlaufenden chronischen Erkrankung (z.B. *ALS*), die befürchteten, später körperlich nicht mehr in der Lage zu sein, die letzte Handlung des Suizids ausführen zu können. Beide Krankheitstypen gaben den interviewten Personen Anlass über die *Zulässigkeit von aktiver Sterbehilfe* nachzudenken.

#### 4.8 Rolle der Angehörigen

Der Einbezug von und die Unterstützung durch die Angehörigen wird in den Interviews als Idealfall bezeichnet. Angehörige bräuchten dabei ebenfalls Zeit für die Entscheidungen und Prozeduren. Eine Suizidhilfeorganisation, so betonte GP 12, sehe sich dabei als Vermittler zwischen der Familie und der Justiz, auch um die Familie, die als Zeugin auftrete, in einer belastenden Situation zu schützen. Gleichwohl sei der Einbezug der Angehörigen nicht immer möglich. Der Patientenwille, die Angehörigen nicht zu informieren oder auch Suizidhilfe gegen den Willen der Angehörigen in Anspruch zu nehmen, werde prinzipiell als vorrangig betrachtet. In solchen Fällen verlange die Suizidhilfeorganisation, dass die suizidwillige Person eine Erklärung unterschreibt, die darüber Auskunft gibt, dass der Person das Informieren der Angehörigen angeraten worden sei, sie dies aber aus bestimmten Gründen abgelehnt habe. Mit Bezug auf die Frage, ob ein gewaltsamer oder ein assistierter Suizid traumatisierender für die Angehörigen sei, wurde unter anderem entgegnet, dass der Tod grundsätzlich traumatisierend sei, der Grad der Traumatisierung jedoch durch die Reaktion (Akzeptanz oder Ablehnung) des sozialen Umfelds und der Gesellschaft Suizidhilfe mitbestimmt werde.

#### 4.9 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews zusammengefasst und diskutiert.

##### *Grundstruktur der Thematik Suizidhilfe*

Zunächst ist an die Grundstruktur der in der Studie zu entfaltenden Thematik zu erinnern. Es geht darum zu eruieren, unter welchen Bedingungen und Umständen Ärztinnen und Ärzte in ihrer Berufsausübung *gewillt* sind, eine Leistung für eine Drittperson zu erbringen (empirischer Aspekt), und unter welchen Bedingungen und Umständen diese Leistungserbringung vom rechtlichen und vor allem ethischen Standpunkt in der Sichtweise der Ärztinnen und Ärzte *erlaubt/geboten/verboten* ist (rechtlich-ethisch-normativer Aspekt). In den Interviews wurde dabei deutlich, dass die Frage, ob man persönlich Suizidhilfe leisten würde unter Umständen anders beantwortet wird als die Frage, ob ärztliche Suizidhilfe in der Schweiz möglich sein soll. Dass man je nach angesprochener Ebene konträre Positionen vertreten kann, liegt an der starken Fokussierung auf die *Freiwilligkeit* und die *Gewissensfreiheit* in der Suizidhilfe bei gleichzeitiger Betonung einer in der Schweiz gewünschten *Pluralität* von ärztlichen Handlungsoptionen. Aus ethischer Perspektive könnte man sagen, dass es aus Sicht der interviewten Personen in der Schweiz

eine durch die Gesellschaft vorgebrachte „Idee des guten Lebens“ gibt (oder eine solche dabei ist, sich zu verstärken), in welcher der autonomen Entscheidung zur Suizidhilfe ein Raum eröffnet wird. Die starke Betonung der ärztlichen Freiwilligkeit schliesst für die Befragten jedoch aus, dass es eine „Notfallsuizidhilfe“ geben könnte. Das heisst, es sind keine Umstände denkbar, unter denen eine ärztliche Verpflichtung zur Suizidhilfe bestünde. Unter dem Aspekt der Freiwilligkeit lässt sich Suizidhilfe eher mit Fällen aus der „Life-Style-Medizin“ vergleichen als mit dem in den Interviews oft zitierten Schwangerschaftsabbruch. Denn zu einem Schwangerschaftsabbruch ist die Ärztin bzw. der Arzt in einer Notfallsituation, in der das Leben der Frau akut in Gefahr ist, verpflichtet und kann dieser Verpflichtung nur durch Delegation des Falls an eine andere Ärztin bzw. einen anderen Arzt entgehen.

### *Freiwilligkeit der Suizidhilfe als Konsens*

Der Konsens unter den interviewte Personen, wonach ärztliche Suizidhilfe auf freiwilliger Basis in der Schweiz geleistet werden darf, beruht auf der Annahme, dass Suizidhilfe *moralisch gerechtfertigt* werden kann. Zentrales Rechtfertigungskriterium für die Suizidhilfe stellt dabei die *Autonomie* dar. Die *Autonomie* des Menschen, sein Leben selbst zu gestalten, schliesst – so die vertretene Auffassung – die Gestaltung seines Sterbens ein. Indem diese Selbstbestimmung gewährt wird, drückt sich der Respekt vor der *Würde* des Menschen aus. Es ist jedoch klärungsbedürftig, was aus dem moralischen Prinzip der Autonomie für Drittpersonen genau folgt. Erwächst aus dem autonomen Entscheid zum Suizid ein *Anspruch* auf Suizidhilfe, oder kann dieser lediglich Drittpersonen zur Suizidhilfe *autorisieren*? In den Interviews vertritt niemand die Meinung, man könne ein Anspruchsrecht auf Suizidhilfe erheben. Dieser Befund deckt sich mit den in der ethischen Debatte vertretenen Positionen, unterscheidet sich aber von denjenigen Haltungen, die zuweilen in der politischen bzw. juristischen Diskussion der letzten Jahre in der Schweiz vorgebracht wurden, welche ein solches Anspruchsrecht postulierten. Bei Betonung der Autonomie im Kontext von Suizid gilt diese nach den hier vertretenen Auffassungen immer bi-direktional. Das heisst, die Ärztin bzw. der Arzt kann ebenfalls den autonomen Entscheid treffen, Suizidhilfe nicht zu leisten.

In den Interviews vertrat niemand die Position, die Beachtung beidseitiger Autonomie sei eine hinreichende ethische Rechtfertigung für die Leistung von Suizidhilfe. Dies würde einem „Vertragsmodell“ oder einem „Kunden-Modell“ der *Arzt-Patienten-Beziehung* entsprechen, welches dadurch gekennzeichnet ist, dass die *Arztrolle* sich auf die Mitteilung medizinischer Informationen beschränkt und ansonsten die Entscheidungsfindung allein der Patientin bzw. dem Patienten überlassen bleibt. Ein solches Beziehungsmodell wurde jedoch von keiner interviewten Person in Betracht gezogen. Vielmehr bestand Konsens, dass die Erlaubnis von Suizidhilfe an weitere Bedingungen geknüpft ist und im Rahmen eines „Partnerschaftsmodells“ der Arzt-Patienten-Beziehung stattfindet. Das Partnerschaftsmodell zeichnet sich dadurch aus, dass neben der Patientenautonomie auch ärztliche Fürsorge- und Sorgfaltspflichten sowie eine gemeinsame Entscheidungsfindung (mit beidseitiger Freiwilligkeit) ihren Platz haben. Interviews und ethische Debatte stimmen auch darin überein, dass ärztliche Suizidhilfe nicht als „Freundschaftsdienst“ aufgefasst wird, sondern in einer professionellen Beziehung stattfindet, die ebenfalls gewissen *Qualitätsstandards* (z.B. Aus- und Weiterbildung; Kontrolle und Transparenz) unterliegen sollte.

### *Bedingungen für die moralische Zulässigkeit von Suizidhilfe*

Die Umstände, die für die Interviewpartnerinnen und –partner gegeben sein müssen, damit Suizidhilfe moralisch erlaubt ist, entsprechen weitestgehend den Vorgaben des Gesetzes und der Rechtsprechung, weichen aber in dem Punkt des Lebensendes – und damit im Ausschluss bestimmter Patientengruppen – entscheidend von den Richtlinien der SAMW ab. Der Unterschied zur gegenwärtigen staatlichen und standesrechtlichen Regulierung liegt in der Betonung des Leidens gegenüber dem Vorliegen einer Erkrankung sowie deren Art und Schweregrad. Diese Haltung deckt sich mit der ethischen Position, die das *Mitleidprinzip* für die Rechtfertigung von Suizidhilfe anführt. Danach gibt das Leiden einer Person Anderen gute Gründe, dieses zu lindern bzw. zu beseitigen. Suizidhilfe funktioniert aber für die interviewten Personen nur als *ultima ratio*. Als Ärztinnen und Ärzte sehen sie es als ihre Pflicht, zunächst die *individuellen Faktoren und Bedingungen*, die zum Leiden und folglich zum Suizidwunsch führen, zu erkennen und zu beeinflussen – und zwar gemäss einem bio-psychozialem Menschenbild sowohl die psychosozialen als auch die somatischen Faktoren. Dieser individualisierende Ansatz, in der die suizidwilligen Person mit ihrer spezifischen Biographie, ihrer Persönlichkeit und ihren familiär-sozialen Umständen als Ganzes wahrgenommen wird, spiegelt sich bei den interviewten Ärztinnen und Ärzten in der starken Betonung der *Einzelfallbetrachtung und -bewertung* wider. Offensichtlich scheinen den Befragten die persönlichen Umstände und die Situation der Patientin bzw. des Patienten zu idiosynkratisch und vielleicht auch die „Fallzahl“ von Suizidhilfe zu gering – als dass man allgemeine Aussagen über die Zulässigkeit von Suizidhilfe für bestimmte Patientengruppen machen könnte. Hinzu kommt, dass das Ausmass an Leiden nicht sicher von der Krankheitsart und dem Krankheitsstadium abgeleitet werden kann, sondern subjektiv bleibt. Unter diesen empirischen und epistemischen Annahmen (Komplexität von Person und Situation; rein subjektiver Zugang zum Leiden) erstaunt es nicht, dass die Rechtfertigung von Suizidhilfe nach Patientengruppen als Form der Diskriminierung abgelehnt wird, und auch der Bilanzsuizid, bei dem eine medizinische Indikation fehlt, für manche Befragten denkbar ist. Dieses Ergebnis aus den Interviews steht quer zu der Annahme, dass die Ärzteschaft in ihrer Haltung zur Suizidhilfe nach Patientengruppen unterscheidet, eine Annahme, die sich aus der Studie von Schwarzenegger et al. (2012) ableitet.

### *Methodische Schwierigkeiten beim Entscheid über Suizidhilfe*

An dieser Stelle ist auf eine *methodische Schwierigkeit beim Entscheid* über Suizidhilfe hinzuweisen, die in den Interviews deutlich zum Vorschein kam. Die Schwierigkeit besteht im Folgenden: Ärztinnen und Ärzte müssen auch nach Gesetz und Standesrecht für ihren Entscheid abschätzen, ob der Suizidwunsch *wohlervogen* ist, sich die Faktoren, die zum Suizidwunsch führen, nicht mehr weiter *beeinflussen* lassen und die suizidwillige Person *urteilsfähig* ist. Zudem wird der *erlebten Lebensqualität* ein grösseres moralisches Gewicht beigemessen als dem biologischen „Am-Leben-Sein“. In der Frage nach der Bewertung der Lebensqualität soll nach Aussagen der interviewten Personen die Ärztin bzw. der Arzt jedoch neutral bleiben (auch wenn sie bzw. er die Lebensqualität zu fördern hat), weil eine objektive Messung der Lebensqualität nicht möglich ist und nur der betroffene Mensch hierfür der Massstab sein kann. Dennoch muss die Ärztin bzw. der Arzt für ihren bzw. seinen Entscheid in all diesen Punkten eine Einschätzung vornehmen. In den Interviews wird daher erwähnt, dass die *Gründe der suizidwilligen Person glaubhaft und nachvollziehbar* sein müssen, unter Umständen indem man eine Bestätigung durch Fakten, fachärztliche Diagnose



und Erzählungen Dritter sucht. Bei diesen Beurteilungen spielen aber auch *eigene Werturteile und Vorstellungen* von Krankheit, Sterben und Tod sowie die Wahrnehmung und Bewertung finanzieller, sozialer und familiärer Notlagen und deren Unveränderbarkeit hinein. Die methodische Schwierigkeit liegt nun darin, eine Beurteilung des Suizidwunsches und der betroffenen Person nach den oben genannten Punkten vorzunehmen, *ohne* zugleich darüber zu urteilen, ob das Leben der suizidwilligen Person noch lebenswert ist. Dies liesse sich unserer Ansicht nach nur bewerkstelligen, wenn die Ärztinnen und Ärzte ein gewisses Bewusstsein für den eigenen Werthorizont, vor dem sie entscheiden, entwickeln und auf ihre Vorstellungen von Sterben und Tod reflektieren.

Eine weitere methodische Herausforderung stellt sich bei *psychisch* oder an *Demenz* erkrankten Personen mit Blick auf die Beurteilung ihrer Urteilsfähigkeit. Diese Beurteilung wird als schwierig eingestuft und an Fachpersonen delegiert, manchmal sogar für unmöglich gehalten. In zugespitzter Form fällt Letzteres unter die sogenannte Krankheitsthese, die Suizidwünsche pathologisiert und damit generell bezweifelt, dass ein urteilsfähiger Mensch überhaupt einen Suizidwunsch entwickeln würde. Wird diese Position vertreten, so ergibt sich die spezielle Situation, dass die Krankheit, die als Ursache für den Suizidwunsch gilt, gleichzeitig verhindert, dass er als gerechtfertigt anerkannt werden kann. Dieses Problem ist mit der Priorisierung der Wichtigkeit des Leidens gegenüber der medizinischen Indikation nicht ausgeräumt.

### *Argumente gegen Suizidhilfe*

Bei den *Gegenpositionen* zur Suizidhilfe wurden in den Interviews vor allem drei Argumente vorgebracht:

1. Eine suizidwillige Person erfüllt prinzipiell nicht die Bedingungen von Autonomie.
2. Das Leben ist intrinsisch wertvoll („Heiligkeit“, „Natürlichkeit“) und darf nicht gegen andere Werte, hier der Autonomie, abgewogen werden. Bei diesem Argument spielt, wie gemäss der empirischen Forschung zu erwarten, auch Religion und Religiosität eine Rolle
3. Es gibt andere Möglichkeiten, das Leid einer Person zu lindern.

Keine Erwähnung fand in den Interviews die philosophische Überlegung, dass sich der Mensch nicht dazu entscheiden darf, sich die Grundlage seiner eigenen Autonomie, nämlich am Leben zu sein, zu entziehen. Auch das Slippery-slope-Argument, Suizidhilfe führe notwendigerweise zur aktiven Sterbehilfe, wurde nicht vorgebracht. Vielmehr befürchtete man eine Einbusse an Freiwilligkeit für Ärztinnen und Ärzte, aber unter Umständen auch für pflegebedürftige und alte Patientinnen und Patienten, wenn Suizidhilfe in der Schweiz eine weite Verbreitung fände.

### *Vereinbarkeit mit den Zielen der Medizin*

Die Vereinbarkeit der Suizidhilfe mit den *Zielen der Medizin* wird in der fachethischen Debatte nicht ausgeschlossen. Vor allem die Leidenslinderung wird hier sowohl in den Interviews als auch in der ethischen Literatur angeführt und des Weiteren darauf verwiesen, dass ein Angebot an Suizidhilfe eine Stütze für die betroffene Person sein kann, weil sie im Wissen um ein solches Angebot ihr Leiden besser zu ertragen vermag. Ein genereller Vertrauensverlust in die Ärzteschaft sei bei Erlaubnis von Suizidhilfe nicht zu befürchten. Im Sinne eines „Partnerschafts-

dells“ der Arzt-Patienten-Beziehung wird eher ein Vertrauensverlust zur Hausärztin bzw. Hausarzt befürchtet, wenn diese bzw. dieser sich dem Thema verweigere. Hinsichtlich der Orte, an denen Suizidhilfe stattfindet, müsse man aber sensibel sein und im Spital und Pflegeheim auch die Bedürfnisse der anderen Patientinnen und Patienten berücksichtigen.

### *Rolle der Ärztin bzw. des Arztes*

Bezüglich der Rolle der Ärztin bzw. des Arztes in Zusammenhang mit Suizidhilfe sind in den Interviews gewisse Spannungen ersichtlich, die sich auch aus der gegenwärtigen Rechtslage und den Diskrepanzen zwischen Rechtsprechung und Landesrecht ergeben (siehe Kapitel 2.4, v.a. S. 15). *Auf der einen Seite* wehren sich die interviewten Personen dagegen, als alleiniger Entscheidungsträger für Suizidhilfe eingesetzt zu werden. Diese Situation ergibt sich *de facto* daraus, dass Ärztinnen und Ärzte eine Pförtnerrolle bei der Verschreibung des tödlichen Medikaments übernehmen. Zugleich wird aber medikamentöse Suizidhilfe als eine sichere und humane Weise des Suizids von den Befragten klar favorisiert. Um eine Abschiebung der „ethischen Last“ von Suizidhilfe auf die Ärzteschaft zu verhindern, werden in den Interviews verschiedene Vorschläge zur kontrollierten – teils gar zur freien – Abgabe durch Gremien, in Spezialkliniken oder bei der Kantonsapotheke vorgebracht. *Auf der anderen Seite* betonen die interviewten Personen jedoch die ärztlichen Kompetenzen für die Suizidhilfe und sprechen vor allem Hausärztinnen und -ärzte eine prädestinierte Rolle in dieser Sache zu, weil sie über die notwendigen Personen- und Sachkenntnisse für die Beurteilung des Suizidwunsches verfügen (Abklärung der Urteilsfähigkeit; Dauerhaftigkeit, Freiwilligkeit und Wohlerwogenheit des Wunsches; nicht mehr weiter zu beeinflussende somatische und psychosoziale Faktoren, die zum Suizidwunsch führen). Suizidhilfe, verstanden als eine Form der Sterbebegleitung, wird zudem teilweise als genuin ärztliche Aufgabe aufgefasst.

### *Konfliktfälle*

Konflikte, die in den Interviews zur Sprache kommen, haben vor allem Dauer und Art der Arzt-Patienten-Beziehung sowie die Einhaltung von Sorgfaltspflichten zum Gegenstand. Ein weiteres Konfliktfeld, das sich in der Praxis ergibt, sind die Angehörigen. In den Interviews wurde aber den Auswirkungen eines Suizids auf die Angehörigen ethisch kein Gewicht gegeben, etwa in der Form eines konsequentialistischen Arguments, wonach man auf Suizidhilfe verzichten müsse, wenn negative Auswirkungen auf die Angehörigen zu befürchten seien. Vielmehr wurde die Autonomie der suizidwilligen Person ethisch priorisiert, auch wenn diese bei Verweigerung der Angehörigen nicht immer realisiert werden konnte, also Angehörige Suizidhilfe verhindern konnten. Im Sinne der Rechtssicherheit für die Ärzteschaft wäre hier auch eine Klärung der rechtlichen Lage sinnvoll.

### *Moralischer Unterschied zwischen Suizidhilfe und anderen Formen der Sterbehilfe*

Aus ethischer Perspektive stellt sich die Frage, ob ein *moralischer Unterschied* zwischen Suizidhilfe und anderen erlaubten Praktiken der Sterbehilfe (z.B. Verzicht auf Therapie, Behandlungsabbruch) oder nicht-erlaubten Praktiken (aktive Sterbehilfe) besteht. Weil die Suizidhilfe mit einer „Handlung“ verbunden ist, die in den „natürlichen Verlauf“ eingreift, andere Formen der Sterbehilfe aber lediglich auf einer „Unterlassung“ basieren, halten im ethischen Diskurs manche einen moralischen Unterschied für gegeben. Andere bestreiten gerade die Möglichkeit, die Grenze zwischen Handeln und Unterlassen klar ziehen zu können. Darüber hinaus lässt sich angesichts medizinischer Interventionen und Techniken auch nicht eindeutig zwischen dem natürlichen und dem tatsächlichen Verlauf von Sterbeprozessen differenzieren (Beispiel: Herzschrittmacher). Ebenfalls muss, um dem sogenannten Sein-Sollens-Fehlschluss zu entgehen, begründet werden, warum das, was als natürlich gilt, ein Richtwert dafür sein soll, was moralisch erlaubt ist. Diese Diskussionspunkte finden sich auch in den Interviews wieder, z.B. bei der terminologischen Bestimmung von Suizidhilfe oder bei der Nennung von als moralisch problematisch empfundenen Entscheidungen im klinischen Alltag. Suizidhilfe wird zum Teil als etwas „Aktives“ wahrgenommen, so dass sich in den Definitionen die Begriffsgrenze zur „aktiven Sterbehilfe“ teilweise verwischt. Das entspricht dem empirischen Befund, wonach mit 47% nur rund die Hälfte der Studienteilnehmenden einen moralischen Unterschied zwischen der Verschreibung eines Medikaments in tödlicher Dosis und der Verabreichung desselben sehen (siehe oben S. 19). Laut den Interviews werden in der medizinischen Praxis vor allem Lebensentscheidungen bei *urteilsunfähigen* Personen als besonders belastend empfunden, vor allem, wenn der Patientenwille unklar ist. Diese Entscheidungssituation komme auch sehr viel häufiger vor; die Frage nach Suizidhilfe sei im Vergleich dazu in der Praxis ein Randthema.



## 5 Ergebnisse der schriftlichen Befragung (quantitativer Studienteil)

In diesem Kapitel werden das Vorgehen und die Ergebnisse der schriftlichen Befragung unter Ärztinnen und Ärzten beschrieben (im Folgenden genannte: Befragungsteilnehmende, Teilnehmende, Antwortende). Das Kapitel enthält (Teil-)Antworten zu allen in Kapitel 3 aufgeführten sechs Forschungsfragen, folgt in seiner Struktur jedoch nicht strikte ihrer Reihenfolge. Nach einigen Ausführungen zum methodischen Vorgehen (Abschnitt 5.1) wird basierend auf zwei allgemeinen Fragen zur Grundhaltung und zur persönlichen Bereitschaft eine einfache Grundhaltungstypologie von Ärztinnen und Ärzten hergeleitet (Abschnitt 5.2). Danach wird darauf eingegangen, welche Erfahrungen die Befragungsteilnehmenden in ihrer beruflichen Tätigkeit mit Wünschen nach Suizidhilfe bereits gemacht haben und wie sie damit umgegangen sind (Prüfung der Voraussetzungen, Leisten von Suizidhilfe; Abschnitt 5.3). In Abschnitt 5.4 werden die Einstellungen näher untersucht, indem der Frage nachgegangen wird, in welchen Situationen die Ärztinnen und Ärzte Suizidhilfe als vertretbar erachten. In Abschnitt 5.5 wird die Bereitschaft zur persönlichen Mitwirkung genauer beleuchtet. Hier wurde gefragt, welche Tätigkeiten im Zusammenhang mit ernsthaften Suizidhilfewünschen für die Teilnehmenden in Frage kommen. In Abschnitt 5.6 werden Fragen rund um die standesrechtliche Regelung der Suizidhilfe beleuchtet. Dabei geht es erstens um die Frage, inwieweit verschiedene Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe eine ärztliche Aufgabe sein sollten; zweitens werden die Haltungen zu einzelnen Kriterien der Voraussetzungsprüfung erfragt. Der letzte Abschnitt 5.7 ist möglichen Folgen einer Ausweitung der ärztlichen Suizidhilfe für die Patientinnen und Patienten und für die ärztliche Praxis gewidmet. Tabelle 5-1 fasst die Beiträge der einzelnen Abschnitte zur Beantwortung der Forschungsfragen zusammen.

**Tabelle 5-1:** Beitrag der einzelnen Abschnitte zur Beantwortung der Forschungsfragen

Abschnitte dieses Kapitels	Forschungsfragen					
	Einstellung zur Suizidhilfe	Angemessene Rolle Ärzteschaft	Bereitschaft zur Mitwirkung	Erfahrungen mit Suizidhilfe	Regelungen	Folgen einer Ausweitung
5.2 Grundhaltung zur Suizidhilfe	X (allgemein)		X (allgemein)			
5.3 Erfahrungen mit Suizidhilfewünschen				X		
5.4 Vertretbarkeit in Situationen	X (detailliert)					
5.5 Bereitschaft zur Mitwirkung			X (detailliert)			
5.6 Standesrechtliche Regelung		X			X	
5.7 Folgen einer Ausweitung						X

Neben diesen inhaltlichen Fragen wurden im Hinblick auf Gruppenvergleiche interessierende soziodemographische und berufsbezogene Eigenschaften der Teilnehmenden erhoben. Von In-

teresse sind natürlich auch Gruppenvergleiche, die sich aufgrund der Antworten zu den Forschungsfragen ergeben, so insbesondere der Vergleich von Ärztinnen und Ärzten mit unterschiedlichen Grundhaltungen zur ärztlichen Suizidhilfe.

## 5.1 Methodisches Vorgehen

Die schriftliche Befragung zur Erhebung der Haltungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit ärztlicher Suizidhilfe wurde gestützt auf die Adressdaten aus der Mitgliederdatenbank der FMH bei in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Nachfolgend werden die wichtigsten Eckpunkte des Vorgehens beschrieben (detaillierte Angaben im Anhang 8.2).

### 5.1.1 Bildung einer geschichteten Zufallsstichprobe

Die Grundgesamtheit der Studie bildeten die zum Zeitpunkt der Befragung (Februar 2014) in der Schweiz berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit Arzt Diplom und FMH-Mitgliedschaft. Insgesamt ergab sich eine Stichprobe von 4'837 zu kontaktierenden Ärztinnen und Ärzten. Hiervon erwiesen sich später 32 Adressen als ungültig. Die Ziehung der Stichprobe erfolgte in zwei Schritten.

#### **Schritt 1: Zufallsstichprobe mit überproportionaler Berücksichtigung der Sprachminderheiten**

In einem ersten Schritt wurde aus der Grundgesamtheit eine Zufallsstichprobe gezogen. Um eine genügende Anzahl Befragungsteilnehmende in allen drei grossen schweizerischen Sprachregionen zu erreichen, wurde diese Stichprobe geschichtet und dabei die italienische und die französische Schweiz im Vergleich zu ihrem realen Anteil an der Ärzteschaft überproportional berücksichtigt.

#### **Schritt 2: Zusatzstichprobe für besonders interessierende Fachdisziplinen**

Um Aussagen über besonders interessierende Fachdisziplinen machen zu können, wurden zudem in einem zweiten Schritt zusätzlich zu befragende Ärztinnen und Ärzte aus den Disziplinen Hausarztmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie (nachfolgend kurz Psychiatrie), medizinische Onkologie (nachfolgend: Onkologie), sowie Ärztinnen und Ärzte mit einem FMH-Schwerpunkt in Geriatrie ausgewählt.

Der zusätzliche Fokus auf diese Disziplinen stützte sich auf die Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews und der empirischen Literatur: Dass die Hausärztinnen und Hausärzte bezüglich der Suizidhilfe aufgrund ihres besonderen Vertrauensverhältnisses zu den Patientinnen und Patienten sowie Kenntnis von deren Biographie und Umfeld eine besonders wichtige Bedeutung haben, hat sich in den durchgeführten Interviews hinlänglich bestätigt. Von besonderem Interesse sind auch die Haltungen der Psychiaterinnen und Psychiater, da sie – so eine naheliegende Annahme – aufgrund ihres Berufsbilds ebenfalls oft mit Suizidhilfewünschen konfrontiert sein dürften. Gleichzeitig wird bei ihrer Patientengruppe teils bezweifelt, ob die Urteilsfähigkeit als Voraussetzung für eine Suizidhilfe zweifelsfrei festgestellt werden oder überhaupt gegeben sein kann. Bezüglich der genannten Disziplinen zeigte sich in der EURELD-Befragung (vgl. hierzu Löfmark 2008), dass Ärztinnen und Ärzte der Geriatrie und der Onkologie noch häufiger als Allgemeinpraktiker mit

Suizid- oder Sterbehilfewünschen konfrontiert werden, womit sich eine gezielte Berücksichtigung dieser Disziplinen in der Befragung sicher rechtfertigt. Neurologinnen und Neurologen wurden dieser Studie zufolge durchschnittlich häufig um Hilfe beim Suizid oder beim Sterben gebeten (zur Bedeutung insbesondere der Onkologie (siehe auch Bosshard et al. (2003)).

### **5.1.2 Durchführung der Befragung**

Der Fragebogen wurde im Winter 2013/2014 entwickelt. Ein erster, deutschsprachiger Entwurf wurde mit drei Ärztinnen und Ärzten ausführlich auf Verständlichkeit getestet. Nach einer Diskussion mit der ZEK wurde der Fragebogen bereinigt, einem qualifizierten Pretest (10 Beteiligte)<sup>33</sup> unterzogen und ins Italienische und Französische übersetzt. Die Übersetzungen wurden vom Projektteam überprüft. Eine Letztkontrolle erfolgte für alle drei Landessprachen abermals durch Mitglieder der ZEK mit muttersprachlicher Kompetenz in der jeweiligen Landessprache. Dem Fragebogen war eine Klärung des Begriffs der ärztlichen Suizidhilfe sowie der dafür geltenden standesrechtlichen Regelung beigelegt (vgl. Fragebogen im Anhang 8.2.5).

Die Befragung wurde postalisch (Versand mit Rückantwortcouvert, ein Erinnerungsschreiben) durchgeführt. Sie erfolgte im Zeitraum von 7. März 2014 (Versand per B-Post Massenversand) bis 28. April 2014 (Eingang der letzten berücksichtigten Antworten).

### **5.1.3 Gewichtung und Verallgemeinerbarkeit der Antworten**

Es wurden 1318 vollständig oder teilweise ausgefüllte Fragebogen retourniert, welche für die Auswertung berücksichtigt werden konnten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 27%. Hinsichtlich Geschlecht, Alter und Sprachregion zeigten sich bezüglich des Rücklaufs nur minimale Unterschiede. Deutlich unterscheidet sich jedoch der Rücklauf zwischen den ärztlichen Fachdisziplinen. In den meisten der besonders interessierenden Disziplinen war der Rücklauf deutlich höher als im Durchschnitt der übrigen Disziplinen.<sup>34</sup> Wir gehen davon aus, dass die erhöhte Teilnahmebereitschaft hauptsächlich Ausdruck eines erhöhten Interesses der Angehörigen dieser Disziplinen an der Thematik der Suizidhilfe, aber auch einer erhöhten Betroffenheit ist.

Bei der Auswertung wurden die eingegangenen Antworten so gewichtet, dass die ausgewiesenen Werte den Resultaten einer Zufallsauswahl entsprechen. Somit mussten die Antworten hinsichtlich Sprachregion und Fachdisziplin gewichtet werden. Antworten von Teilnehmenden aus dem französischen und dem italienischen Sprachraum sowie den überrepräsentierten Fachdisziplinen wurden entsprechend zurückgewichtet, Antworten aus der unterrepräsentierten Deutschschweiz und den übrigen Disziplinen wurden hochgewichtet.

Als Zielgewicht wurde nicht der reale Anteil der einzelnen Fachdisziplinen an der Grundgesamtheit der Ärzteschaft zugrunde gelegt, sondern der Anteil unter Berücksichtigung des stark unterschiedlichen Rücklaufs jeder Fachdisziplin. Das Gewicht der einzelnen Fachdisziplinen entspricht somit in den Aussagen in diesem Bericht dem Gewicht, das bei einer reinen Zufallsstichprobe

---

<sup>33</sup> Den Teilnehmenden wurde ein Feedbackformular zur Verfügung gestellt, auf dem sie allfällige Probleme beim Ausfüllen anmerken konnten.

<sup>34</sup> Hausarztmedizin: 36%; Geriatrie 42%; Psychiatrie 31%; Onkologie 29%; Neurologie 24%; alle übrigen Disziplinen: 22% (vgl. Anhang 8.2.1)

(d.h. ohne Aufstockung von Fachdisziplinen) resultiert hätte, wenn der unterschiedliche Rücklauf je Fachdisziplin nicht zurückkorrigiert wurde. Wo nicht anders erwähnt, werden in diesem Bericht die so gewichteten Resultate der Befragung abgebildet (das genaue Vorgehen der Gewichtung wird im Anhang 8.2.2 beschrieben) Da unseres Erachtens der Rücklauf das Interesse und der Fachdisziplinen an der Thematik spiegelt, schien uns diese Gewichtung die realitätsnächste Lösung. *Die in dieser Befragung gemachten Antworten und die in diesem Bericht dargestellten Befunde und Interpretationen beanspruchen somit tendenziell Gültigkeit für die Gruppe der an der Thematik der Suizidhilfe interessierten und davon besonders betroffenen Ärztinnen und Ärzte.*<sup>35</sup> Weil diese Ärztinnen und Ärzte somit in der Studie im Vergleich zur Gesamtheit der Ärzteschaft übervertreten sind, ist davon auszugehen, dass die in diesem Bericht ausgewiesenen Anteilswerte der Teilnehmenden über konkrete Erfahrungen mit Suizidhelfewünschen und geleisteter Suizidhilfe in Bezug auf die Gesamtheit der Ärzteschaft überhöht sind (vgl. Abschnitt 5.3: Erfahrungen mit Suizidhelfewünschen und Suizidhilfe). Auf die ungewichtete Wiedergabe von Häufigkeiten wird nur ausnahmsweise zurückgegriffen; dies ist insbesondere dann der Fall, wenn nur vereinzelte Teilnehmende entsprechend geantwortet haben.

#### 5.1.4 Interpretation der ausgewiesenen Resultate

Es versteht sich von selbst, dass die hier wiedergegebenen Resultate als Tendenzaussagen zu interpretieren sind. Die Zuverlässigkeit von ermittelten Anteilswerten in einer Zufallsstichprobe hängt immer von der Grösse der Stichprobe und den Anteilswerten ab. Je grösser die Stichprobe und je einseitiger die Anteilswerte, desto geringer ist die zu erwartende maximale Abweichung des jeweiligen Werts in der Grundgesamtheit. Für die vorliegende Stichprobe von 1'318 Befragungsteilnehmenden gelten z.B. folgende Streubereiche (mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%; Angaben für interessierende Untergruppen im Anhang):

- Teilen sich die Anteile in der Stichprobe im Verhältnis 50% zu 50%, so streuen rechnerisch die Anteilswerte in der Grundgesamtheit um maximal +/- 2.7% um diesen Wert. Das Verhältnis könnte somit auch 47.3% zu 52.7% (oder 52.7 zu 47.3%) betragen.
- Teilen sich die Anteile in der Stichprobe im Verhältnis 90% zu 10%, so streuen rechnerisch die Anteilswerte in der Grundgesamtheit um maximal +/- 1.6% um diesen Wert.

In den Abschnitten, in denen die Resultate der Befragung in detaillierter Form dargestellt werden, werden in der Regel die für die Teilnehmenden ermittelten prozentualen Anteilswerte ausgewiesen. Um den Charakter der Befunde als Tendenzaussagen zu betonen, wird in den Abschnittszusammenfassungen teils bewusst auf die Wiedergabe von Zahlenwerten verzichtet und auf gröbere Kategorien zurückgegriffen (z.B. „rund ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte“ oder „sechs von zehn Antwortenden“).

---

<sup>35</sup> Zur Validierung wurden auch Analysen mit einem Gewichtungsverfahren ohne Berücksichtigung des Rücklaufs durchgeführt (Gewicht von Sprachgruppen und Fachdisziplinen gemäss realem Anteil in der Ärzteschaft). Die auf diese Weise ermittelten Resultate wichen in keinem Fall substantiell von den hier berichteten Ergebnissen ab.



### 5.1.5 Gruppenvergleiche

Um zu prüfen, ob Gruppenunterschiede in der Stichprobe zufällig sind oder ob sie auch in der Grundgesamtheit der an der Thematik interessierten Ärzteschaft bestehen, wurden bivariate Signifikanztests<sup>36</sup> durchgeführt. Dabei wurde jeweils die interessierende Gruppe (z.B. Ärztinnen und Ärzte in der französischen Schweiz) mit den Angehörigen aller übrigen Gruppen (z.B. Ärztinnen und Ärzte aus der italienischen Schweiz und der Deutschschweiz) verglichen. Zeigte sich bei einem derartigen Vergleich ein statistisch signifikanter Unterschied, so wird der verglichene Wert der interessierenden Gruppe im Bericht vereinfachend oft als „überdurchschnittlich“ oder „unterdurchschnittlich“ bezeichnet.

Vergleiche wurden hinsichtlich folgender Gruppenmerkmale durchgeführt:

- *Soziodemographische und kulturelle Gruppen:* Geschlecht, sprachregionale Zugehörigkeit, Religionszugehörigkeit und Bedeutung der Religion für medizinische Entscheidungen am Lebensende, Alter (Jahre seit Arztdiplom).
- *Beruflicher Hintergrund:* Tätigkeit hauptsächlich im Spital oder in freier Praxis; Hierarchische Funktion (nur Spitalärzte); medizinische Fachdisziplin; Tätigkeit in Alters- und Pflegeheimen.
- *Aufs Thema der Suizidhilfe bezogene Gruppen:* Erfahrungen mit der Thematik; Grundhaltung zur Suizidhilfe; Haltung zur Suizidhilfe in bestimmten Situationen

Durch die gezielte Aufstockung der Stichprobe bei den sprachregionalen Minderheiten und den besonders interessierenden Fachdisziplinen können auch für diese Gruppen recht zuverlässige Aussagen gemacht werden. Die Fallzahl von 100 wird trotz eines überdurchschnittlichen Rücklaufs bei der Medizinischen Onkologie (81) und der Geriatrie (81) unterschritten. Ebenfalls kleiner als 100 sind die Werte in Gruppe der Ärzte, die hauptsächlich weder im Spital noch in freier Praxis tätig sind (76). Bei diesen Gruppen ist bei der Interpretation besondere Zurückhaltung geboten. (Detaillierte Angaben über die Operationalisierung der Gruppen und die Fallzahlen finden sich im Anhang 8.2.3).

## 5.2 Grundhaltung und potenzielle persönliche Bereitschaft

In diesem Abschnitt wird erstens berichtet, welche grundsätzlichen Haltungen die an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zur ärztlichen Suizidhilfe einnehmen (Abschnitt 5.2.1). Zweitens wird dargestellt, welche potenzielle Bereitschaft in der untersuchten Stichprobe der Ärzteschaft besteht, Suizidhilfe persönlich zu leisten (Abschnitt 5.2.2). Bei beiden Analysen werden auch Gruppenvergleiche angestellt. Im Abschnitt 5.2.3 werden die Ergebnisse zusammengefasst und eine einfache Typologie gebildet, in der die Teilnehmenden gemäss ihrer Grundhaltung und ihrer persönlichen Bereitschaft zur Suizidhilfe verortet werden können. Eine Zusammenfassung (Abschnitt 5.2.4) beschliesst den Abschnitt.

► *Die hier berichteten Analysen leisten somit einen ersten Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfragen 1 (Einstellungen zur Suizidhilfe) und 3 (persönliche Bereitschaft zur Mitwirkung). Diese Forschungsfragen werden in den Abschnitten 5.4 und 5.5 noch vertieft bearbeitet.*

---

<sup>36</sup> Dabei wurde auf den z-Test für Prozentsatzdifferenzen abgestellt (vgl. Dickmann 1995: 590).

### 5.2.1 Grundsätzliche Haltung

Den Teilnehmenden wurde zur Ermittlung ihrer grundsätzlichen Haltung zur ärztlichen Suizidhilfe folgende Frage gestellt: „Unabhängig davon, ob Sie persönlich Suizidhilfe leisten würden: Was halten Sie grundsätzlich davon, wenn Ärztinnen und Ärzte Suizidhilfe leisten?“ Die Antwortenden konnten zwischen folgenden Antworten wählen:

- „Ich finde, Ärzte sollten keine Suizidhilfe leisten.“
- „Ich finde, Ärzte, die dazu bereit sind, sollen Suizidhilfe leisten dürfen, wenn die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.“
- „Ich finde, wenn die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, muss jeder Arzt den Wunsch eines Patienten nach Suizidhilfe erfüllen.“

#### Gesamtheit der Befragungsteilnehmenden

22% aller Teilnehmenden antworteten, dass Ärzte keine Suizidhilfe leisten sollten, lehnen also ärztliche Suizidhilfe grundsätzlich ab (Abbildung 5-1). Gut drei Viertel der Antwortenden unterstützten umgekehrt ärztliche Suizidhilfe in Fällen, in denen die rechtlichen Voraussetzungen dafür gegeben sind. Die meisten davon (73% aller Antwortenden) vertraten die Ansicht, Ärztinnen und Ärzte sollten Suizidhilfe freiwillig leisten dürfen. 4% der Antwortenden gingen noch weiter. Ihnen zufolge sollten Ärztinnen und Ärzte Suizidhilfe leisten müssen, wenn die rechtlichen Voraussetzungen gegeben sind.

In einer Befragung von 547 Ärzten wurde 2008 – allerdings mit anderer Frageformulierung – die grundsätzliche Haltung erfragt (Pfister/Biller-Adorno 2010a, b). An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass dort rund 8% der Antwortenden die Ansicht vertraten, dass ärztliche Suizidhilfe in jedem Fall moralisch zu verurteilen sei – die ungleich stärkere Formulierung dürfte den Unterschied zu den hier festgestellten 22% ablehnenden Antwortenden weitgehend erklären.

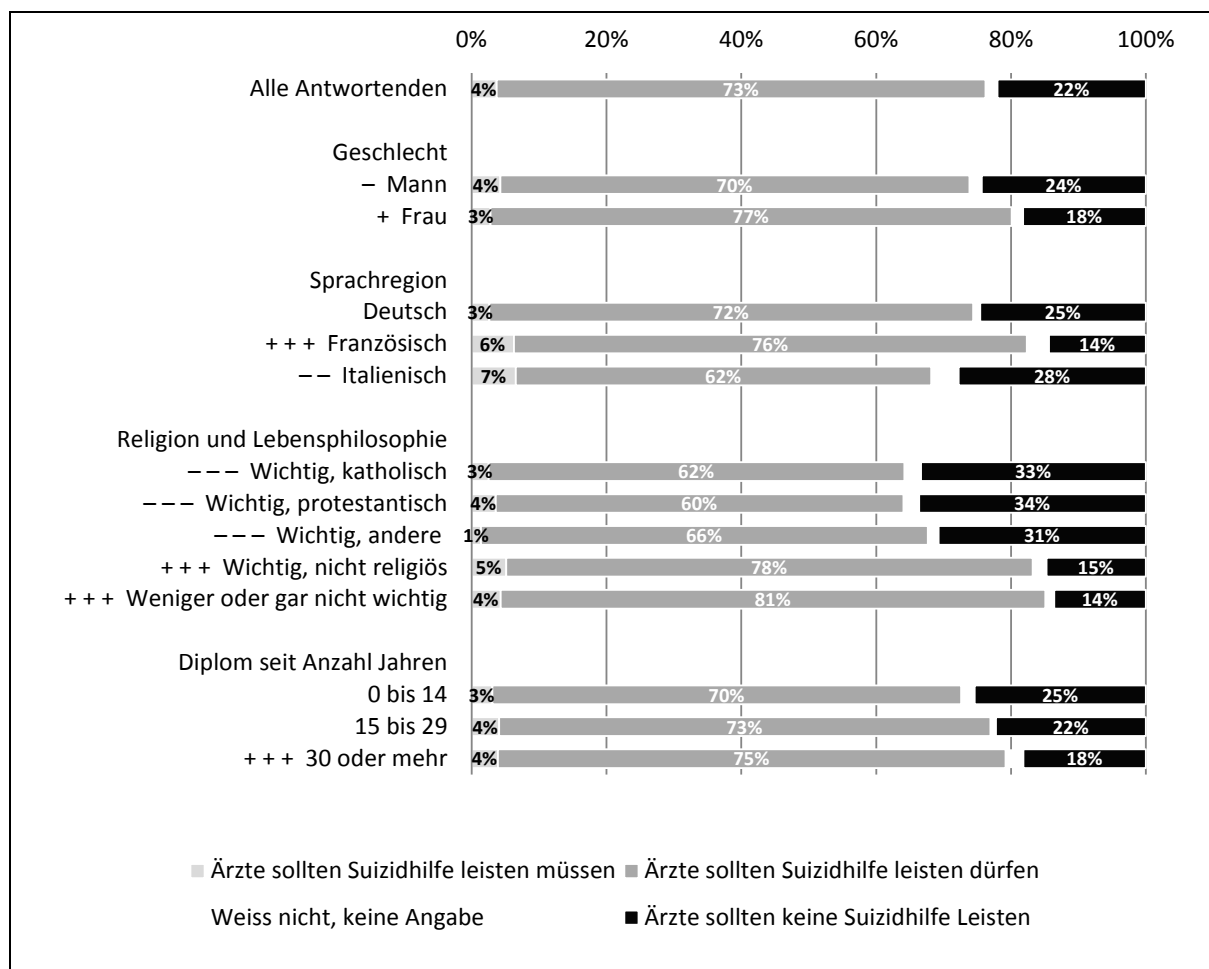
#### Soziodemographische und kulturelle Gruppen

Bezüglich der Grundhaltung zur ärztlichen Suizidhilfe zeigten sich einige Unterschiede zwischen Gruppen (Abbildung 5-1): So unterstützten z.B. Frauen die Suizidhilfe leicht stärker als Männer und ältere Antwortende mit mindestens 30 Jahren Berufserfahrung stärker als jüngere. Es zeigen sich auch sprachregionale Unterschiede. In der französischsprachigen Schweiz war mit 14% der Antwortenden die Gruppe der ablehnenden Ärztinnen und Ärzte am kleinsten, während diese Gruppe in der italienischen Schweiz 28% der Antwortenden umfasste.

Die Grundhaltung zur Suizidhilfe hängt stark mit der religiösen Orientierung zusammen. Unabhängig davon, ob es sich um Katholiken, Protestanten oder Vertreter anderer Glaubensrichtungen oder Lebensphilosophien handelte, äusserten Antwortende, denen diese Lebensanschauungen für ihre Entscheidungen mit Patientinnen und Patienten am Lebensende wichtig sind, überdurchschnittlich häufig eine kritische Grundhaltung zur Suizidhilfe: Jeweils rund ein Drittel der Antwortenden fanden, Ärztinnen und Ärzte sollten keine Suizidhilfe leisten. Unter den Antwortenden, die sich als nicht religiös bezeichneten, oder die ihre Glaubensrichtung nicht als wichtig

für Entscheidungen am Lebensende bezeichneten, war der Anteil jener, die Suizidhilfe grundsätzlich ablehnen, klar unterdurchschnittlich.

Abbildung 5-1: Grundsätzliche Haltung zur Suizidhilfe: Soziodemographische und kulturelle Gruppen



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 (gewichtet), Antworten auf Frage 1 (Zu Gewichtung, Wortlaut und Bildung der Gruppen vgl. Anhang). Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bezüglich des Anteils Personen der jeweiligen Gruppe, welche angaben, „Ärzte sollten Suizidhilfe leisten müssen“ oder „Ärzte sollten Suizidhilfe leisten dürfen“. Verglichen wurde jeweils die betreffende Gruppe mit allen übrigen Gruppen. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil der Gruppe, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; +/- - - :  $p < 5\%$ ; +++/- - - :  $p < 1\%$ .

Bei diesen Antwortmustern zeigen sich Parallelen und Unterschiede zur 2002 im Rahmen von EURELD durchgeführten Befragung (Fischer et al. 2005). So zeigten sich dort Ärztinnen und Ärzte in der italienischen Schweiz gegenüber der künstlichen Verkürzung des Lebens wie hier zurückhaltender, allerdings waren in jener Befragung die deutschschweizerischen Teilnehmenden offener eingestellt als jene der Romandie. Zwischen den Geschlechtern zeigten sich keine Unterschiede. Bezüglich Religiosität gehen die dortigen Befunde klar in die gleiche Richtung wie in dieser Umfrage.

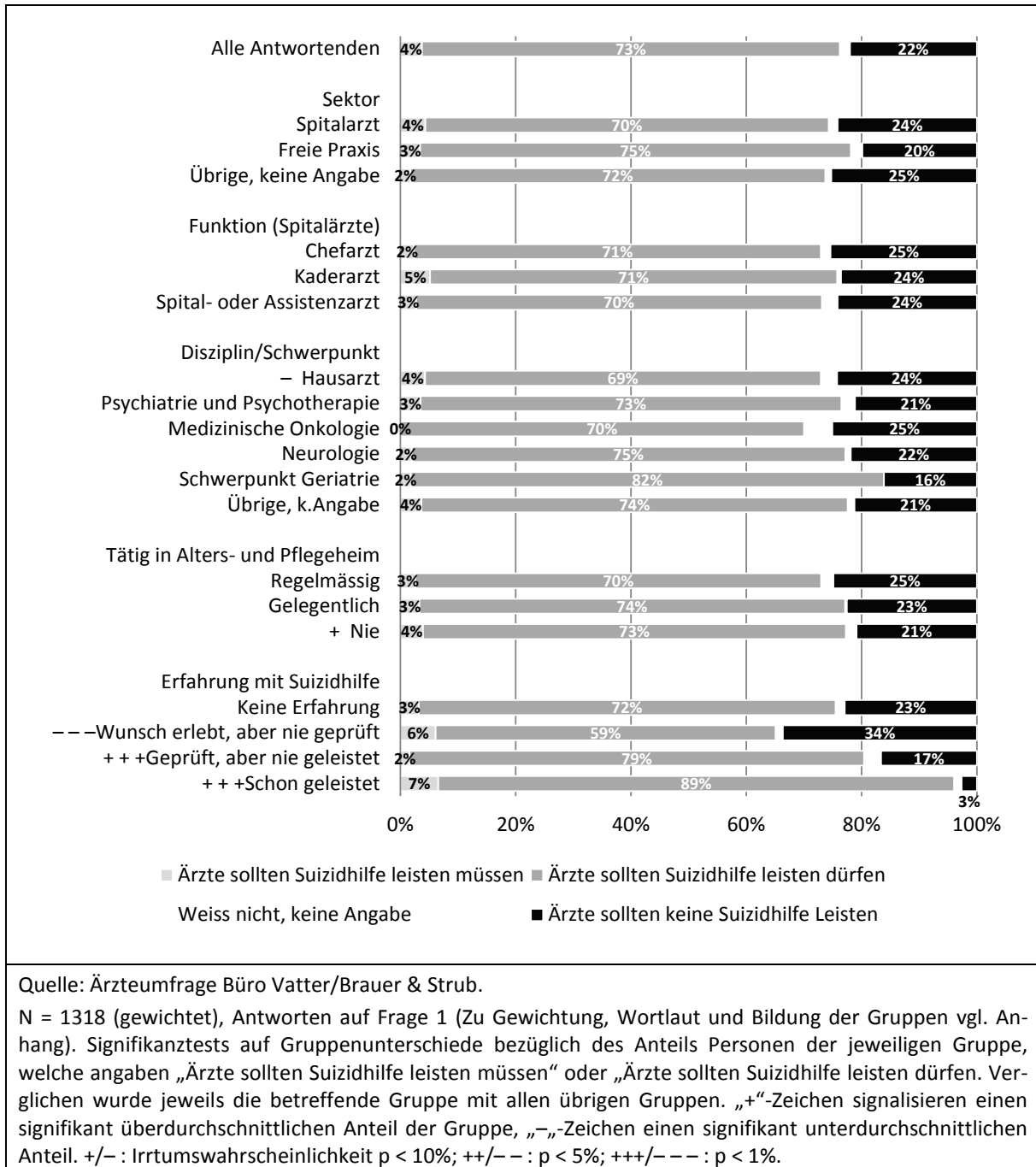
## Beruflicher Hintergrund und Erfahrungen mit Suizidhilfe

Es wurden auch die Antworten von Befragungsteilnehmenden mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen verglichen. Insgesamt sind die Gruppenunterschiede eher geringfügig (Abbildung 5-2). Im Vergleich verschiedener Fachdisziplinen ist der Anteil Hausärztinnen und Hausärzte, die Suizidhilfe grundsätzlich als vertretbar bezeichneten, leicht unterdurchschnittlich (69%). Mit 82% Befürwortenden ist der entsprechende Anteil unter den Antwortenden mit einem Schwerpunkt in Geriatrie am höchsten, aufgrund der geringen Fallzahl ist der hohe Wert aber nicht signifikant überdurchschnittlich; es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass es sich um ein Zufallsprodukt handelt, das sich nur in der Stichprobe zeigt.<sup>37</sup> Von den Ärztinnen und Ärzten, die nie in Alters- und Pflegeheimen tätig sind, vertrat ein leicht überdurchschnittlicher Anteil eine grundsätzlich zustimmende Haltung zur Suizidhilfe. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich zwischen Ärztinnen und Ärzten, die hauptsächlich am Spital oder in freier Praxis arbeiten sowie innerhalb der Spitalärztinnen und Spitalärzte in Abhängigkeit ihrer hierarchischen Position.

---

<sup>37</sup> In eine andere Richtung deuteten überdies die Befunde von Fischer et al. (2005). Dieser Umfrage zufolge war die (allgemeiner erfragte) Akzeptanz der medikamentösen Verkürzung des Lebens unter den Befragten, welche häufig mit terminal erkrankten Patienten zu tun haben, unterdurchschnittlich.

Abbildung 5-2: Grundsätzliche Haltung zur Suizidhilfe: beruflicher Hintergrund, Erfahrung mit Suizidhilfe



Von den Teilnehmenden, die noch nie mit einem Suizidhilfewunsch konfrontiert worden sind, vertrat ein durchschnittlicher Anteil von 23% die Ansicht, Ärztinnen und Ärzte sollten keine Suizidhilfe leisten. Die drei Untergruppen an Ärztinnen und Ärzten, die schon mit Suizidhilfewünschen konfrontiert worden sind (Wunsch erlebt, aber nie geprüft; Suizidhilfe schon geprüft, aber nie geleistet; Suizidhilfe schon geleistet), unterscheiden sich deutlich; in allen drei Gruppen bildeten jedoch Antwortende, welche Suizidhilfe ablehnen, eine Minderheit: 34% jener Antwortenden, die angaben, noch nie geprüft zu haben, ob die Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind, lehnen diese grundsätzlich ab. Unterdurchschnittlich ist der Anteil Ablehnender unter jenen Teilnehmenden, die Suizidhilfe schon geprüft, aber nie geleistet haben (17%). Unter den Ärztin-

nen und Ärzten, die schon Suizidhilfe geleistet haben, ist weniger überraschend der Anteil jener, die sie grundsätzlich ablehnen, mit 3% am geringsten.

### 5.2.2 *Potenzielle persönliche Bereitschaft zur Suizidhilfe*

Den Teilnehmenden wurde zur Ermittlung ihrer potenziellen persönlichen Bereitschaft zum Leisten von Suizidhilfe folgende Frage gestellt: „Sind für Sie Situationen denkbar, in denen Sie persönlich als Ärztin oder Arzt bereit wären, einer urteilsfähigen Person auf Verlangen ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung zu verschreiben oder auszuhändigen?“

#### **Gesamtheit der Antwortenden**

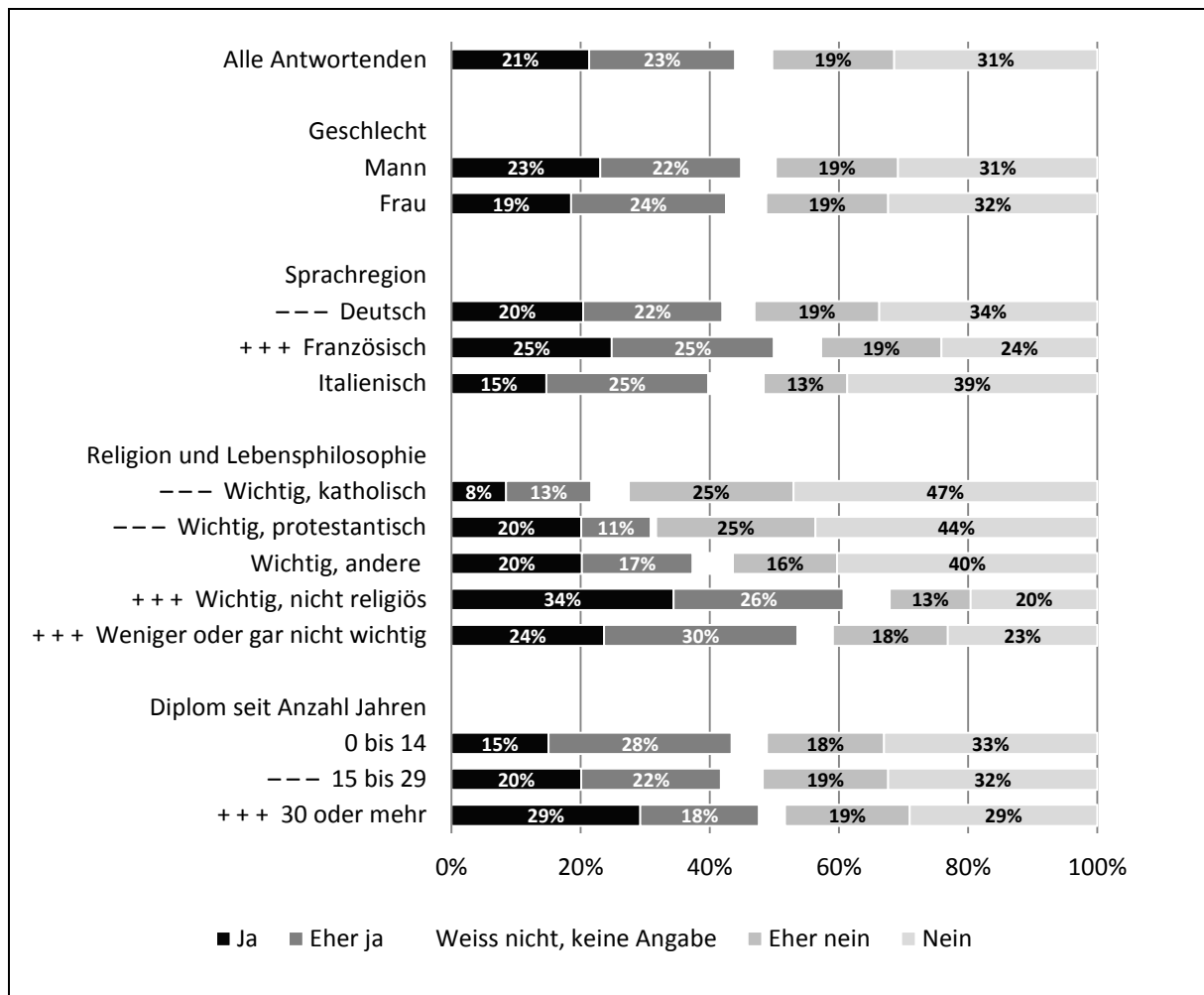
Bezüglich dieser potenziellen Bereitschaft, selbst Suizidhilfe zu leisten, zeigten sich die Antwortenden geteilt (Abbildung 5-3): Etwas weniger als die Hälfte (44%) können sich Situationen vorstellen, in denen sie bereit wären, Suizidhilfe zu leisten. 21% antworteten mit „Ja“, 23% mit „Eher ja“. Auch bei Schwarzenegger et al. (2012) hatte dieser Anteil 44% betragen. 50% gaben an, sie könnten sich keine Situation vorstellen, in der sie zu Suizidhilfe bereit wären („Eher nein“: 19%, „Nein“: 31%).

#### **Soziodemographische und kulturelle Gruppen**

Die Gruppenunterschiede sind ähnlich, aber nicht deckungsgleich wie bei der grundsätzlichen Haltung. Während sich kein statistisch signifikanter Geschlechterunterschied zeigt, ist bei den erfahrensten Ärztinnen und Ärzten die potentielle Bereitschaft zur Suizidhilfe überdurchschnittlich, in der Gruppe mit mittlerer Erfahrung jedoch unterdurchschnittlich. In der Romandie ist die potentielle Bereitschaft zur Suizidhilfe etwas höher als in der Deutschschweiz und der italienischen Schweiz. Anteilsmässig ist die potentielle Bereitschaft in der italienischen Schweiz am tiefsten, aufgrund der geringeren Fallzahl ist der Unterschied zur Gesamtheit der übrigen Gruppen jedoch nicht signifikant.

Die Religion der Antwortenden und ihre grundsätzliche Bedeutung für Entscheidungen am Lebensende von Patientinnen und Patienten spielt auch bei der persönlichen Bereitschaft zur Suizidhilfe eine prägende Rolle. Analog zur Frage der grundsätzlichen Haltung sind von den Antwortenden, die sich als nicht religiös bezeichnen, oder für die Religion eine untergeordnete Rolle spielt, überdurchschnittlich viele potenziell zur Suizidhilfe bereit. Auffallend ist aber, dass die potenzielle Bereitschaft auch mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Glaubensrichtung variiert – im Gegensatz zur weiter vorne berichteten grundsätzlichen Haltung (vgl. Abschnitt 5.2.1). Am tiefsten ist der Anteil derjenigen, die zur Suizidhilfe (zumindest eher) bereit sind, unter den Katholikinnen und Katholiken mit 21%. Bei den Protestantinnen und Protestanten liegt er bei 31% und bei den Anhängerinnen und Anhängern anderer Religionen oder Lebensphilosophien sogar bei 37%.

Abbildung 5-3: Potentielle persönliche Bereitschaft zur Suizidhilfe: Soziodemographische und kulturelle Gruppen



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 (gewichtet), Antworten auf Frage 3 (Zu Gewichtung, Wortlaut und Bildung der Gruppen vgl. Anhang). Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bezüglich des Anteils Personen der jeweiligen Gruppe, welche „Ja“ oder „Eher ja“ angaben. Verglichen wurde jeweils die betreffende Gruppe mit allen übrigen Gruppen. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil der Gruppe, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; +/- - :  $p < 5\%$ ; +++/- --- :  $p < 1\%$ .

### Beruflicher Hintergrund und Erfahrungen mit Suizidhilfe

Im Vergleich ärztlicher Disziplinen fällt vor allem auf, dass unter den an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten mit einem Schwerpunkt in Geriatrie die Bereitschaft mit einem Anteil von total 28% potenziell zur Suizidhilfe Bereiten unterdurchschnittlich ist (Abbildung 5-4). Dieser Anteil ist trotz der geringen Fallzahl in dieser Gruppe signifikant niedriger als der Anteil aller übrigen Gruppen zusammen.<sup>38</sup> Während die speziell ausgewiesenen Fachdisziplinen kaum auffällig hohe oder niedrige Anteilswerte ausweisen (Ausnahme Neurologie, aber nicht signifi-

<sup>38</sup> Dieser Befund passt auch zum Resultat von Fischer et al. (2005), wonach Ärztinnen und Ärzte, die häufig mit terminal erkrankten Personen zu tun haben, bezüglich der künstlichen Verkürzung des Lebens zurückhaltender sind.

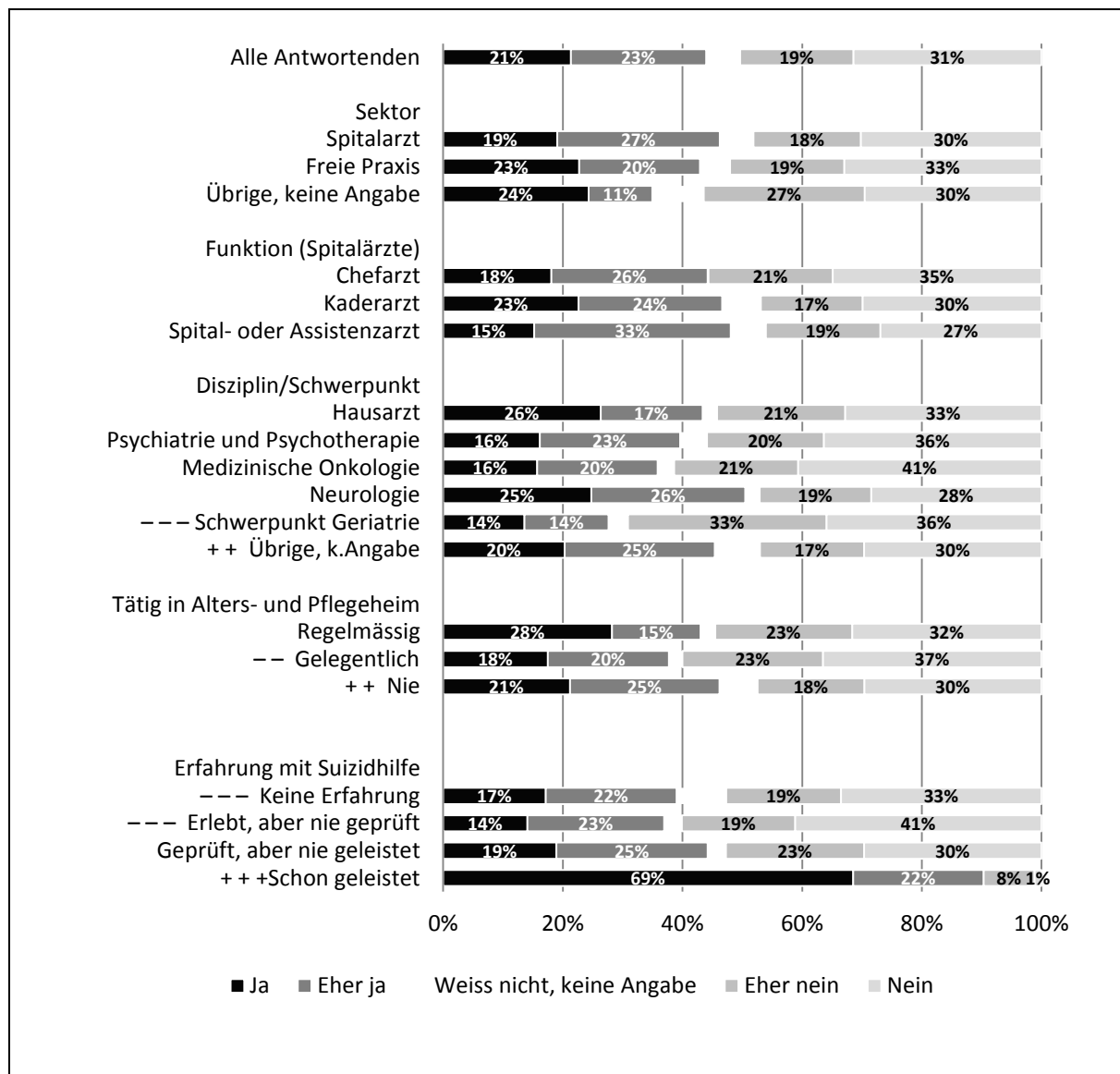
kant), so zeigten sich in der Gruppe der übrigen Ärztinnen und Ärzte überdurchschnittlich viele zur Suizidhilfe potenziell bereit.

Diffus ist das Bild bezüglich der Arbeitserfahrung in Alters- und Pflegeheimen. Bei den Personen, die nie in Alters- und Pflegeheimen tätig sind, ist der Anteil Personen, die potentiell zur Suizidhilfe bereit sind, am höchsten, bei Personen die gelegentlich dort tätig sind, am tiefsten. Durchschnittlich ist er bei Personen, die regelmässig in Alters- und Pflegeheimen tätig sind. Weiterführende Analysen zeigen, dass Geriaterinnen und Geriatern mit Arbeitserfahrung in Alters- und Pflegeheimen tendenziell eher zur Suizidhilfe bereit sind als solche, die ausschliesslich ausserhalb von Alters- und Pflegeheimen arbeiten. Aufgrund der geringen Fallzahl aus der Geriatrie unter den Antwortenden ist dieser Befund jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Keine Unterschiede bestehen zwischen Ärztinnen und Ärzten aus dem Spital und in freier Praxis; auch hinsichtlich der hierarchischen Position im Spital zeigen sich keine auffälligen Antwortmuster.

Signifikante Unterschiede bestehen zwischen Ärztinnen und Ärzten mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund zum Thema Suizidhilfe. Unter den an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, die noch nie mit einem Suizidhelfewunsch konfrontiert wurden, ist die Bereitschaft anteilmässig leicht unterdurchschnittlich, ebenso unter jenen, die schon einen solchen Wunsch erlebt haben, diesen aber nicht geprüft haben. Die meisten, welche angaben, schon Suizidhilfe geleistet zu haben, erklärten sich in der Befragung (noch immer) zur Suizidhilfe bereit. Umgekehrt fällt auf, dass fast ein Drittel von diesen nicht überzeugt mit „Ja“ antworten, sondern nur mit „Eher ja“ (22%), „Eher nein“ (8%) oder sogar mit „Nein“ (1%). Auch unter jenen Personen, die schon Suizidhilfe geleistet haben, bestehen somit bei einer Minderheit gewisse grundsätzliche Zweifel, ob sie dies nochmals tun würden.



Abbildung 5-4: Potentielle persönliche Bereitschaft zur Suizidhilfe: beruflicher Hintergrund, Erfahrung mit Suizidhilfe



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 (gewichtet), Antworten auf Frage 3 (Zu Gewichtung, Wortlaut und Bildung der Gruppen vgl. Anhang). Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bezüglich des Anteils Personen der jeweiligen Gruppe, welche „Ja“ oder „Eher ja“ angaben. Verglichen wurde jeweils die betreffende Gruppe mit allen übrigen Gruppen. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil der Gruppe, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; ++/- - :  $p < 5\%$ ; +++/- - - :  $p < 1\%$ .

### 5.2.3 Drei Typen mit unterschiedlicher Grundhaltung zur Suizidhilfe

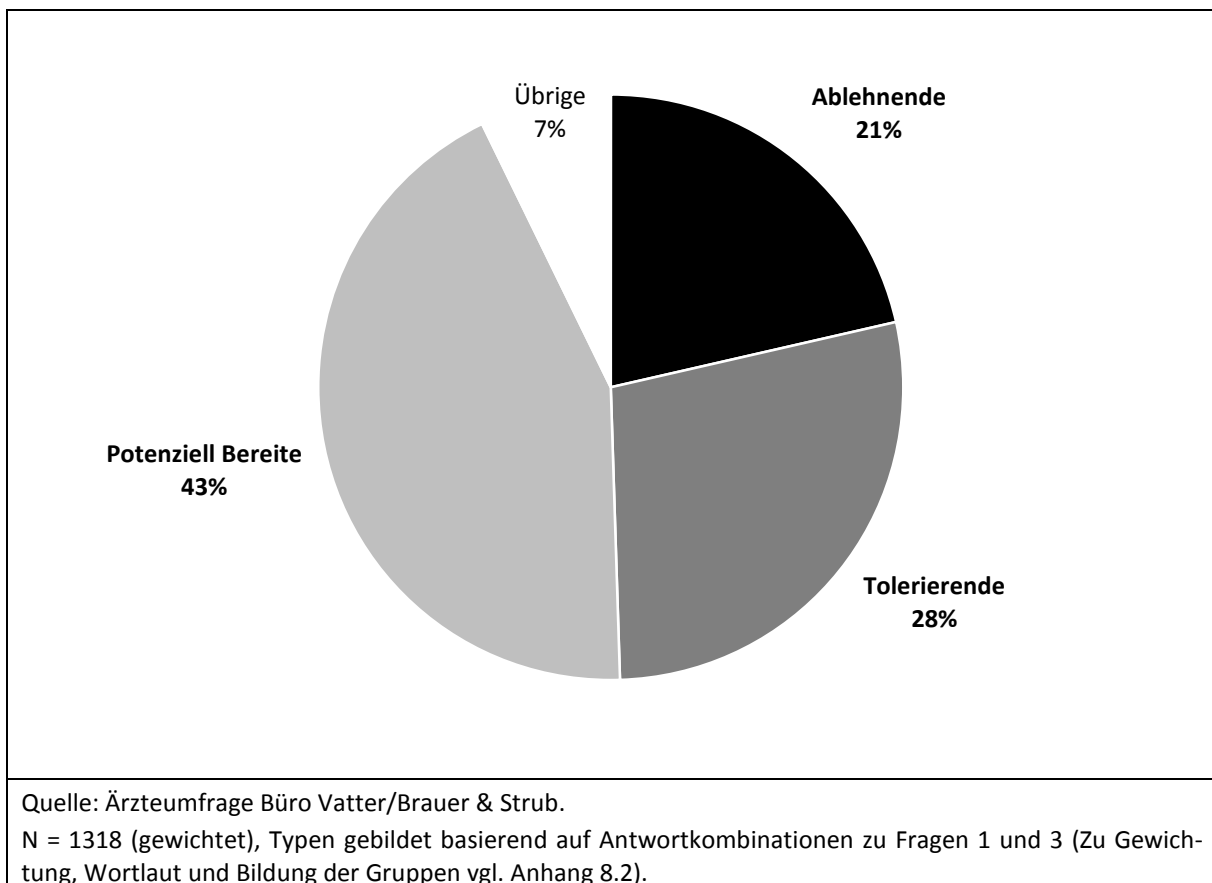
Aufgrund der Antwortkombinationen zu den in den vorigen beiden Abschnitten behandelten Fragen wurde abschliessend eine einfache Typologie bestehender Grundhaltungen zur Suizidhilfe gebildet. Die so gebildeten Grundhaltungstypen können bei der Auswertung weiterer Befragungsergebnisse gut miteinander verglichen werden. Zunächst wurden die Antwortenden anhand der Frage zur grundsätzlichen Haltung danach unterteilt (vgl. Abschnitt 5.2.1), ob sie ärztliche Suizidhilfe unabhängig von der persönlichen Bereitschaft grundsätzlich als zulässig (Ärzte sollen

Suizidhilfe leisten dürfen oder müssen) oder als nicht vertretbar beurteilen. Diese beiden Gruppen wurden zusätzlich anhand der Frage zur persönlichen Bereitschaft (vgl. Abschnitt 5.2.2) danach unterteilt, ob sie persönlich bereit wären, Suizidhilfe zu leisten („Ja“, „Eher ja“) oder nicht („Nein“, „Eher nein“). Die Antwortkombination ergab drei Grundtypen, denen insgesamt 93% aller Antwortenden zugeordnet werden konnten (Abbildung 5-5):

- *Ablehnende*: Wer Suizidhilfe grundsätzlich ablehnt und dazu persönlich nicht bereit ist, wurde dem Typ der Ablehnenden zugeordnet. Dieser Typus umfasst 21%.
- *Tolerierende*: Wer Suizidhilfe grundsätzlich zulässig findet, aber selbst nicht dazu bereit ist, wurde dem Typus der Tolerierenden zugeordnet (28%).
- *Potenziell Bereite*: Diejenigen, die Suizidhilfe grundsätzlich zulässig finden und sich Situationen vorstellen können, in denen sie persönlich dazu bereit sind, wurden im dritten Typ als potenziell Bereite bezeichnet. Dieser Typus umfasst die grösste Gruppe (43%). Wie die weiteren Auswertungen zeigen werden, bedeutet diese potenzielle Bereitschaft nicht für alle Angehörigen dieses Typs, dass sie automatisch zur Suizidhilfe bereit sind, sobald die standesrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. Abschnitt 5.5.2).

Wenig überraschend konnte sich in der Gruppe der Suizidhilfe grundsätzlich Ablehnenden nur eine Person Situationen vorstellen, in denen sie zur Suizidhilfe bereit ist. Da sie eine andere Grundhaltung vertritt als die potenziell Bereiten, wurde sie dem vierten Typ der Übrigen zugeordnet (7%). In dieser Gruppe wurden ansonsten jene zusammengefasst, welche zu einer oder beiden Fragen keine Angabe machten oder „weiss nicht“ markierten.

**Abbildung 5-5:** Typen von Grundhaltungen zur Suizidhilfe



### 5.2.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend können zur grundsätzlichen Haltung und zur potentiellen persönlichen Bereitschaft folgende Hauptbefunde festgehalten werden:

- *Vertretbarkeit von Suizidhilfe:* Grundsätzlich findet eine Mehrheit von gut drei Vierteln Suizidhilfe durch Ärztinnen und Ärzte zulässig. Eine kleine Minderheit davon geht noch weiter und vertritt die Ansicht, Ärzte sollten Suizidhilfe nicht nur leisten dürfen, sondern dazu verpflichtet sein, sobald in einem konkreten Fall die rechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Gut ein Fünftel findet hingegen, Ärztinnen und Ärzte sollten keine Suizidhilfe leisten.
- *Potenzielle persönliche Bereitschaft:* Etwas weniger als die Hälfte können sich Situationen vorstellen, in denen sie persönlich (zumindest eher) zur Suizidhilfe bereit wären. Rund die Hälfte verneint dies.
- *Soziodemographische Gruppen:* Hinsichtlich dieser allgemeinen Haltungen zeigen sich gewisse, aber kaum grundsätzliche Unterschiede zwischen soziodemographischen Gruppen. Überdurchschnittlich häufig offen gegenüber ärztlicher Suizidhilfe antworteten Ärztinnen und Ärzte in der französischen Schweiz sowie mit langjähriger Berufserfahrung, ohne Religionszugehörigkeit oder mit tiefer Bedeutung ihrer Religiosität für ärztliche Entscheidungen am Lebensende. Unterdurchschnittlich offen sind umgekehrt Antwortende der italienischen Schweiz und Antwortende, die ihre Religion für Entscheidungen am Lebensende als wichtig bezeichnen.
- *Beruflicher Hintergrund:* Zwischen dem beruflichen Hintergrund und den Grundhaltungen bestehen insgesamt wenige und schwache Zusammenhänge. Festzuhalten ist eine leichte Zurückhaltung von Hausärzten bezüglich der grundsätzlichen Haltung sowie eine unterdurchschnittliche persönliche Bereitschaft zur Suizidhilfe bei Antwortenden mit Schwerpunkt Geriatrie. Tatsächlich gemachte Erfahrungen mit Suizidhilfewünschen, ihrer Prüfung und dem Leisten von Suizidhilfe hängen wenig überraschend ebenfalls mit den Grundhaltungen zusammen.
- *Drei Grundhaltungstypen:* Es können basierend auf den Antworten drei zahlenmässig bedeutsame Grundhaltungstypen unterschieden werden.
  - Der Typ der *Ablehnenden* (Ärztinnen und Ärzte, welche sich grundsätzlich gegen Suizidhilfe aussprechen und dazu nicht bereit sind) umfasst gut ein Fünftel.
  - Der Typ der *Tolerierenden* (Ärztinnen und Ärzte, welche Suizidhilfe zulässig finden, die persönlich aber nicht dazu bereit sind) umfasst gut ein Viertel.
  - Der Typ der *potenziell Bereiten* (Ärztinnen und Ärzte, welche Suizidhilfe zulässig finden, und die sich Situationen vorstellen können, in den sie persönlich auch dazu bereit sind) bildet mit etwas weniger als der Hälfte die grösste Gruppe.

### 5.3 Erfahrungen mit Suizidhilfewünschen und Suizidhilfe

In diesem Abschnitt wird über die Erfahrungen, welche die an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit Suizidhilfe gemacht haben, berichtet. Dabei interessieren zunächst die Häufigkeit von Wünschen nach Suizidhilfe (Abschnitt 5.3.1), die Häufigkeit, mit der schon die Voraussetzungen geprüft wurden (Abschnitt 5.3.2) und die Häufigkeit, mit der

Suizidhilfe geleistet wurde (Abschnitt 5.3.3). Basierend auf diesen Auswertungen werden die Antwortenden hinsichtlich ihrer Erfahrungen in vier Erfahrungstypen unterteilt und Gruppenvergleiche angestellt (Abschnitt 5.3.4). Abschliessend wird auf die Bedeutung von Suizidhilfeorganisationen (Abschnitt 5.3.5) eingegangen. In Abschnitt 5.3.6 werden die Ergebnisse zusammengefasst.

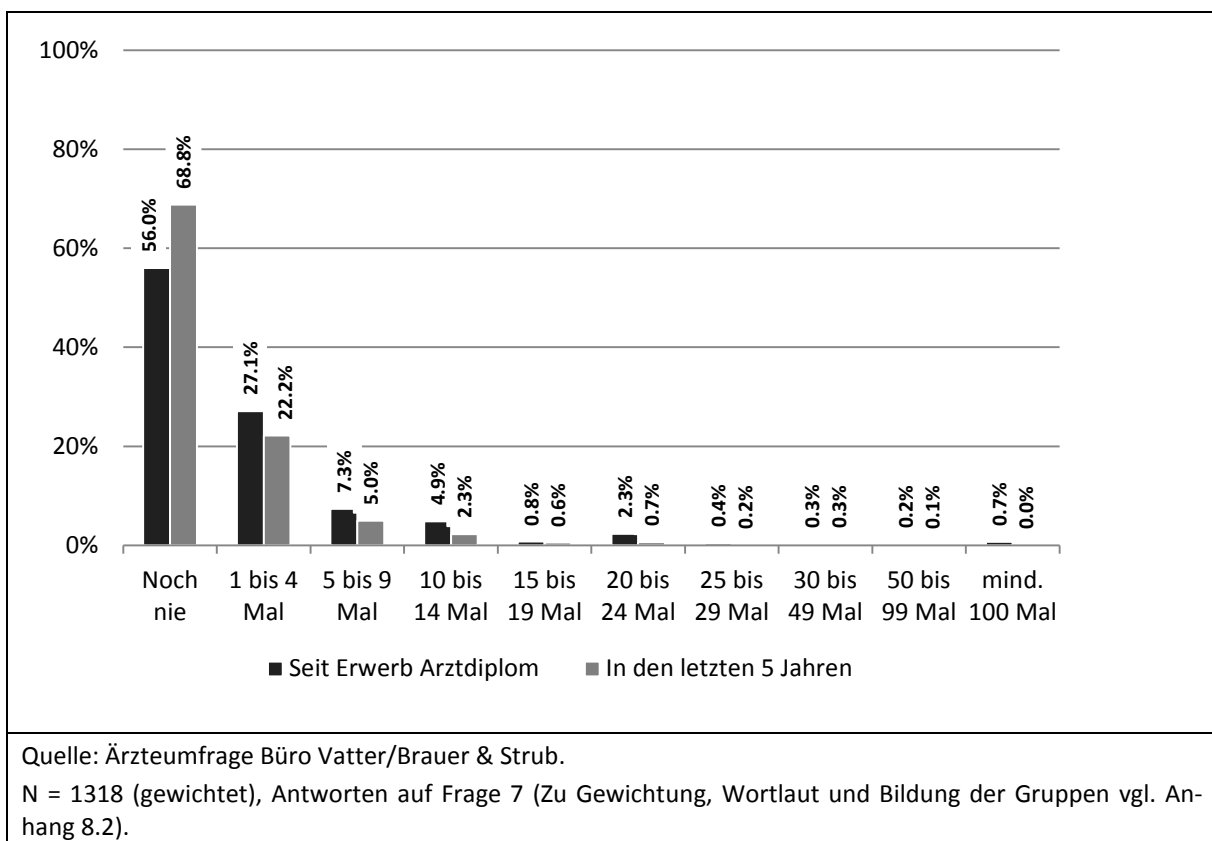
*Hinweis zur Verallgemeinerbarkeit der in diesem Abschnitt ausgewiesenen Resultate:* Es ist davon auszugehen, dass in der Stichprobe Ärztinnen und Ärzte, welche über konkrete Erfahrungen im Zusammenhang mit Suizidhilfewünschen verfügen, im Vergleich zur Grundgesamtheit der Ärzteschaft überrepräsentiert sind. Dies hat zur Folge, dass die ausgewiesenen Anteilswerte der Antwortenden, die mit Suizidhilfewünschen konfrontiert wurden, die Voraussetzungsprüfung durchgeführt haben oder Suizidhilfe geleistet haben, höher sein dürften als in der Gesamtheit der Ärzteschaft.

► Die hier berichteten Analysen leisten somit einen Beitrag zur Beantwortung zur Forschungsfrage 4 (Erfahrungen mit Suizidhilfe)

### 5.3.1 Konfrontation mit einem ernsthaften Wunsch nach Suizidhilfe

Den Antwortenden wurde folgende Frage vorgelegt: „Wie viele Patientinnen oder Patienten haben von Ihnen schon ernsthaft Suizidhilfe verlangt?“ Dabei konnten die Antwortenden je eine Schätzung für die vergangenen fünf Jahre und für die gesamte Dauer seit Erwerb des Arztdiploms abgeben.

Abbildung 5-6: Häufigkeit, mit der Antwortende mit einem Wunsch nach Suizidhilfe konfrontiert wurden



Die Antworten zeigen, dass etwas mehr als die Hälfte (56%) noch nie mit einem ernsthaften Suizidhilfewunsch konfrontiert worden ist, etwas weniger als die Hälfte ein oder mehrere Male (Abbildung 5-6). In den letzten fünf Jahren vor der Befragung hat bei knapp einem Drittel (100%-69% = 31%) mindestens eine Person ernsthaft Suizidhilfe verlangt.

Für die meisten Teilnehmenden mit einer solchen Erfahrung ist der Wunsch nach Suizidhilfe ein seltenes Ereignis. Der weitaus grösste Teil von ihnen hat einen solchen Wunsch in den vergangenen fünf Jahren weniger als zehnmal erlebt – sie machen 29% der genannten 31% aus. Dem gegenüber steht eine geringe Zahl an Ärztinnen und Ärzten, die dies schon häufiger und in vereinzelten Fällen schon sehr häufig erlebt haben: (Ungewichtet) gaben 12 Antwortende an, sie seien schon in mindestens 50 Fällen mit einem ernsthaften Suizidhilfewunsch konfrontiert worden, 6 davon in mehr als 100 Fällen. Für den Zeitraum der vergangenen fünf Jahre konnte sich kein Antwortender an so viele Suizidhilfewünsche erinnern: Je eine Person schätzte die Zahl der Wünsche auf 50 bzw. 60. Auch für die am meisten konfrontierten Antwortenden ist somit die Auseinandersetzung mit einem Suizidhilfewunsch nicht ein alltägliches Ereignis.

Insgesamt schätzten die Antwortenden die Zahl der bei ihnen vorgebrachten Suizidhilfewünsche auf 4'623 (Im Zeitraum der letzten 5 Jahre: 1907; Angaben ungewichtet). Eine Gewichtung erachten wir hier nicht als gerechtfertigt, da ein grosser Teil der berichteten Fälle auf relativ wenige Antwortende zurückgeht. Wir erachten es ohnehin nicht als möglich, basierend auf diesen Angaben eine zuverlässige Hochrechnung der Anzahl Suizidhilfewünsche für die gesamte Schweiz zu ermitteln. Zum einen kann nicht mit genügender Genauigkeit geschätzt werden, in welchem Ausmass Befragungsteilnehmende mit Erfahrungen in dieser Stichprobe übervertreten sind. Dass ein bedeutender Teil der Suizidhilfewünsche auf sehr wenige Ärztinnen und Ärzte zu entfallen scheint, erhöht die Unsicherheit noch, da bereits die Nichtberücksichtigung oder Berücksichtigung von einigen wenigen das Ergebnis stark beeinflusst.

Die in dieser Studie ausgewiesenen Zahlen sind zurückhaltend zu interpretieren. Es erscheint wahrscheinlich, dass sich Ärztinnen und Ärzte, die mit der Thematik schon konfrontiert waren, stärker beteiligt haben als die übrigen. Insofern ist davon auszugehen, dass eine Minderheit der Ärzteschaft in ihrer Laufbahn bereits direkt mit ernsthaften Suizidhilfewünschen konfrontiert worden ist. Für die meisten von ihnen handelte es sich dabei um ein seltenes Ereignis, nur Einzelne werden regelmässig mit der Thematik konfrontiert.

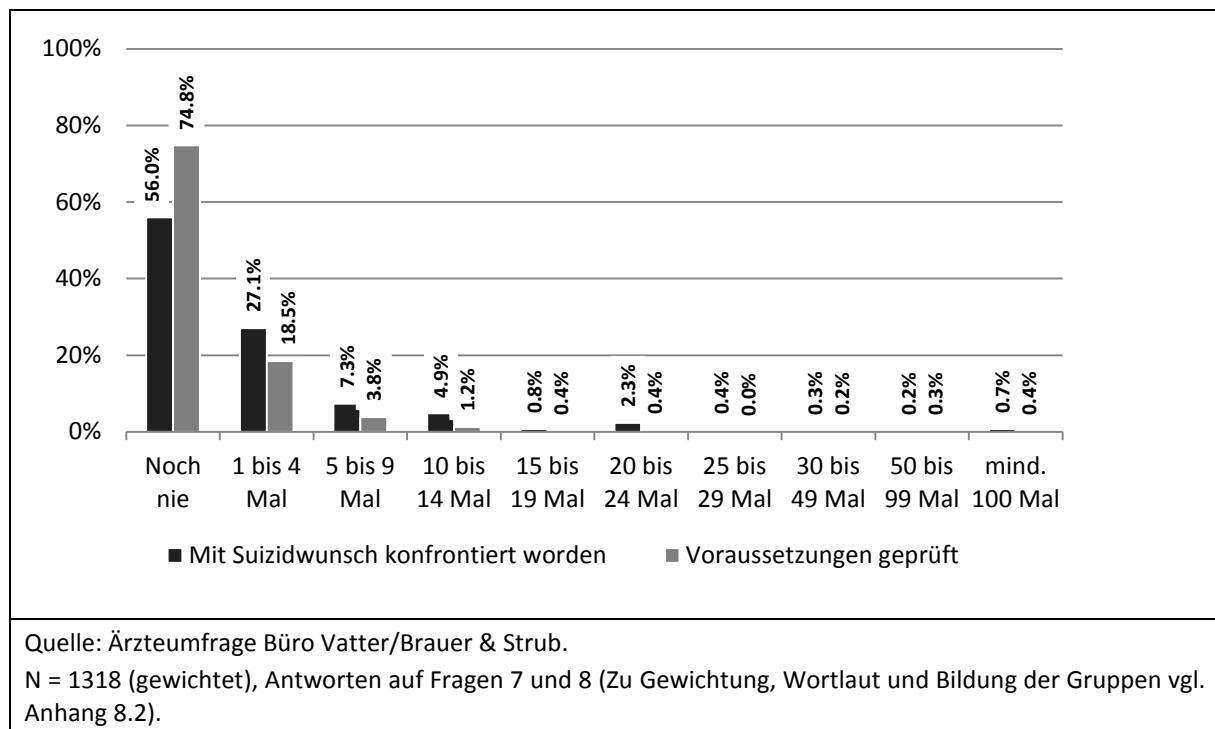
Hinsichtlich des soziodemographischen Profils zeigt sich für die zwölf Ärztinnen und Ärzte mit mindestens 50 Fällen eine breite Durchmischung: Sie verteilen sich auf alle Sprachregionen, beide Geschlechter, verschiedenste Fachdisziplinen und sind sowohl in freier Praxis als auch an Spitälern tätig. Ein Teil von ihnen ist auch in Alters- und Pflegeheimen tätig; dies kann, muss aber nicht heissen, dass auch Heimbewohnerinnen oder Heimbewohner Suizidhilfe verlangten. Festhalten lässt sich, dass sich unter diesen Antwortenden keine ganz (dienst-)jungen Ärztinnen und Ärzte befinden und nur ein Antwortender angab, seine Religion sei für seine Entscheidungen am Lebensende wichtig.

### **5.3.2 Prüfung der Voraussetzungen für Suizidhilfe**

Den Befragungsteilnehmenden wurde folgende Frage vorgelegt: „Wie oft haben Sie in den [unter der vorherigen Frage] genannten Fällen die nachfolgenden Aktivitäten ausgeübt?“ Bei dieser Fra-

ge konnten die Teilnehmenden zunächst eine Schätzung abgeben, in wie vielen Fällen sie geprüft haben, ob die Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind.

**Abbildung 5-7:** Häufigkeit, mit der Antwortende die Voraussetzungen für Suizidhilfe geprüft haben



Drei von vier der antwortenden Ärztinnen und Ärzten (75%) gaben an, noch nie die Voraussetzungen für Suizidhilfe geprüft zu haben (Abbildung 5-7). Ein Viertel hat somit eine solche Prüfung schon durchgeführt. Das sind umgerechnet etwas mehr als die Hälfte (57%) all jener Teilnehmenden, welche schon mit einem Suizidhilfewunsch konfrontiert worden sind.

Innerhalb der Minderheit von rund einem Viertel aller Teilnehmenden, welche die Voraussetzungen schon geprüft haben, haben dies die meisten bisher selten gemacht. 6 Teilnehmende (ungewichtet) gaben an, schon mindestens 50 Mal die Voraussetzungen für Suizidhilfe geprüft zu haben, davon drei schon mindestens hundert Mal.

Insgesamt berichteten die Umfrageteilnehmenden von geschätzten 2'057 Prüfungen der Voraussetzungen für Suizidhilfe (ungewichtet).

Die zehn Ärztinnen und Ärzte mit den meisten Voraussetzungsprüfungen (mindestens 30 Fälle) wurden hinsichtlich ihres soziodemographischen Profils näher untersucht. Das Bild ist ähnlich wie bei der Frage nach den Suizidhilfewünschen im vorigen Abschnitt, handelt es sich doch weitgehend um die gleichen Antwortenden. Sie verteilen sich auf alle Sprachregionen, beide Geschlechter, verschiedenste Fachdisziplinen, und sind sowohl in freier Praxis wie an Spitälern tätig. Ein Teil von ihnen ist auch in Alters- und Pflegeheimen tätig. Festhalten lässt sich, dass sich unter diesen Antwortenden keine ganz (dienst-)jungen Ärztinnen und Ärzte befinden und immerhin drei Antwortende angaben, ihre Religion oder Lebensphilosophie sei für ihre Entscheidungen am Lebensende wichtig.

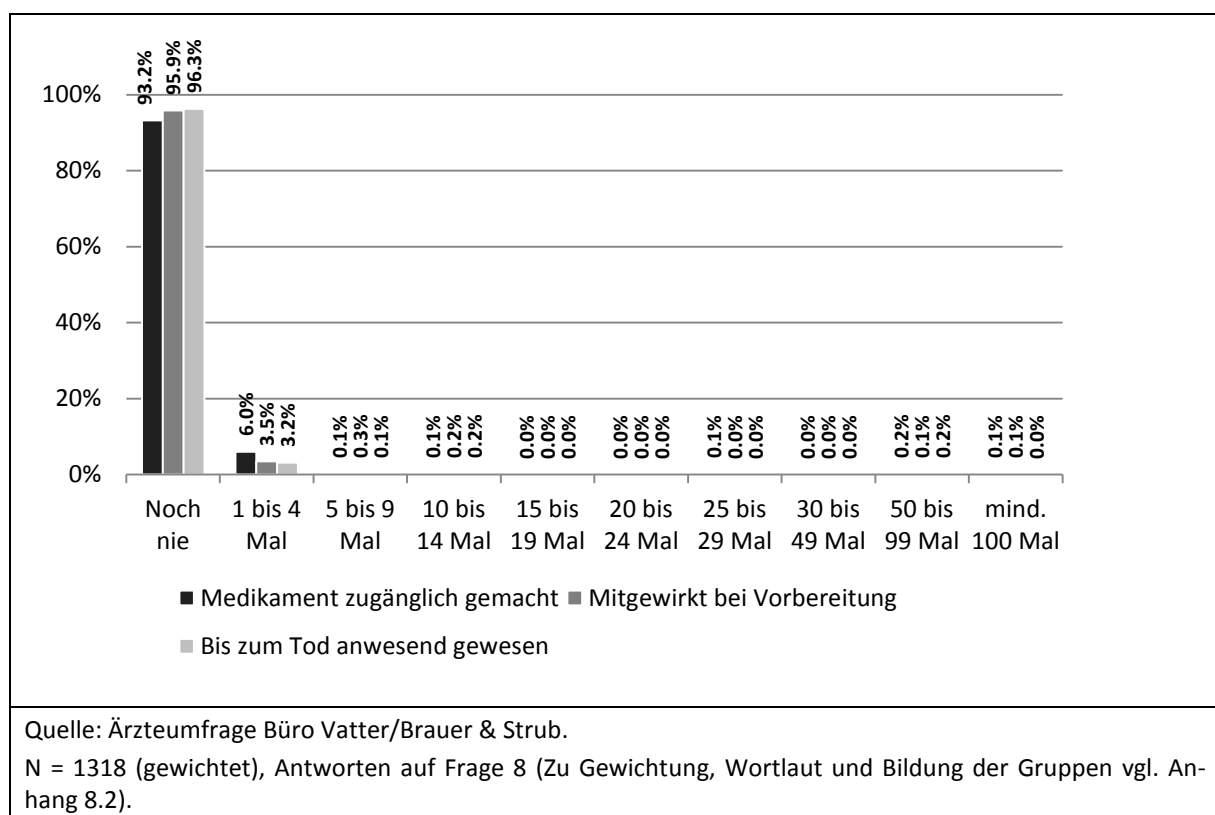
### 5.3.3 Leisten von Suizidhilfe und Begleitung beim Suizid

Im Rahmen der gleichen Frage wie im vorigen Abschnitt wurde auch um eine Schätzung zur Häufigkeit der folgenden Tätigkeiten gebeten:

- „Das Rezept für ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung ausgestellt oder ein entsprechendes Medikament ausgehändigt.“
- „Beim Vorbereiten des Suizids mitgewirkt, z.B. durch Legen oder Belassen einer Infusionskanüle oder durch eine konkrete Anleitung zum Suizid.“
- „Beim Suizid bis zum Eintreten des Todes anwesend gewesen.“

Die ersten beiden Tätigkeiten werden dabei als Suizidhilfe im (straf-)rechtlichen Sinn aufgefasst, die Begleitung des Suizids hingegen nicht (vgl. Kapitel 2.1).

Abbildung 5-8: Häufigkeit, mit der Antwortende Suizidhilfe geleistet haben



#### Medikament zum Zweck der Selbsttötung verschreiben oder aushändigen

Nur eine kleine Minderheit der an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte hat schon Suizidhilfe geleistet oder Suizide begleitet. 7% gaben an, schon mindestens einmal einer Person den Zugang zu einem todbringenden Medikament wie z.B. Natrium-Pentobarbital verschafft zu haben (Abbildung 5-8). Dies entspricht (ungewichtet) 85 Personen. Sieben Personen gaben an, den Zugang zum Medikament schon mindestens zehnmals ermöglicht zu haben, davon drei in mehr als 50 Fällen (60, 90 und 120 Fälle).

Insgesamt berichteten die Teilnehmenden an der Befragung über 541 Fälle, in denen sie einem Patienten oder einer Patientin den Zugang zu einem Medikament ermöglicht haben (ungewichtet).

Es kann aufgrund unserer Befragung nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass es sich bei diesen Fällen, in denen die Teilnehmenden Suizidhilfe vollzogen haben, immer um solche gehandelt hat, denen die Voraussetzungsprüfung vorausging. Tatsächlich zeigt ein Vergleich der von den Teilnehmenden gemachten Häufigkeitsangaben, dass bei acht Teilnehmenden die von ihnen geschätzte Anzahl der Fälle, in denen sie Zugang zu einem todbringenden Medikament ermöglichten, die Anzahl der von ihnen durchgeführten Voraussetzungsprüfungen übersteigt. Davon betroffen sind 31 Fälle von Suizidhilfe. Geht man davon aus, dass allen anderen Fällen eine Prüfung durch denselben Arzt oder dieselbe Ärztin vorausging, kann geschätzt werden, dass dieser die Suizidhilfevoraussetzungen in rund einem Viertel der Fälle ( $541-31=510$  von 2054 Fällen = 25%) als erfüllt erachtete und auch bereit war selbst Suizidhilfe zu leisten (vgl. Abschnitt 5.5.2),

Die sieben Ärztinnen und Ärzte mit mindestens zehn Fällen wurden hinsichtlich ihres soziodemographischen Profils näher untersucht. Auch hier zeigt sich eine gewisse Breite. Sie verteilen sich auf beide Geschlechter und alle Landesregionen. Ein Teil von ihnen ist auch in Alters- und Pflegeheimen tätig; dies muss aber nicht heissen, dass die geleistete Suizidhilfe Heimbewohnerinnen oder Heimbewohner betraf. Auffällig ist, dass es sich mit einer Ausnahme um ältere Personen handelt (mindestens 30 Jahre seit dem Erwerb des Arztdiploms) und dass mit einer Ausnahme alle hauptsächlich in freier Praxis tätig sind. Vier der sieben Personen kommen aus der Hausarztmedizin, niemand aus der Psychiatrie. Eine Person gab an, ihre Religion oder Lebensphilosophie sei für ihre Entscheidungen am Lebensende wichtig.

### **Vorbereitungshandlungen und Begleitung bis zum Tod**

4% der Befragungsteilnehmenden gaben an, schon bei der Vorbereitung eines Suizids mitgewirkt zu haben, indem sie beispielsweise eine Infusionskanüle legten (oder eine bestehende Kanüle im Hinblick auf den geplanten Suizid belassen) oder eine konkrete Anleitung zu einem Suizid gaben.

Auch diese Handlungen sind als Suizidhilfe zu taxieren. Ein Teil der 56 (ungewichtet) Antwortenden, welche solche Vorbereitungshandlungen schon gemacht haben, hat auch schon in mindestens einem Fall einem Patienten Zugang zu einem tödlichen Medikament verschafft (30, ungewichtet), die übrigen 26 nicht. Umgekehrt gibt es auch 55 (ungewichtet) Antwortende, welche nur Zugang zu einem tödlichen Medikament ermöglicht haben, aber keine Erfahrung mit Vorbereitungshandlungen haben. Nimmt man die beiden Formen von Suizidhilfe zusammen, kommt man somit auf 111 (ungewichtet) Befragungsteilnehmende, welche schon Suizidhilfe im rechtlichen Sinne geleistet haben. In der gewichteten Auswertung entspricht dies einem Anteil von 9% aller Teilnehmenden. Ebenfalls 4% gaben an, sie seien schon in mindestens einem Fall bei einem assistierten Suizid bis zum Eintreten des Todes anwesend gewesen. Hierbei handelt es sich nicht um Suizidhilfe im rechtlichen Sinne.

Die beiden hier untersuchten Handlungen sind somit noch etwas seltener als die Suizidhilfe durch Verschreiben oder Aushändigen eines Medikaments. Im Übrigen ist das Muster sehr ähnlich: Die meisten Teilnehmenden haben solche Erfahrungen erst selten gemacht, einzelne dagegen schon sehr häufig.

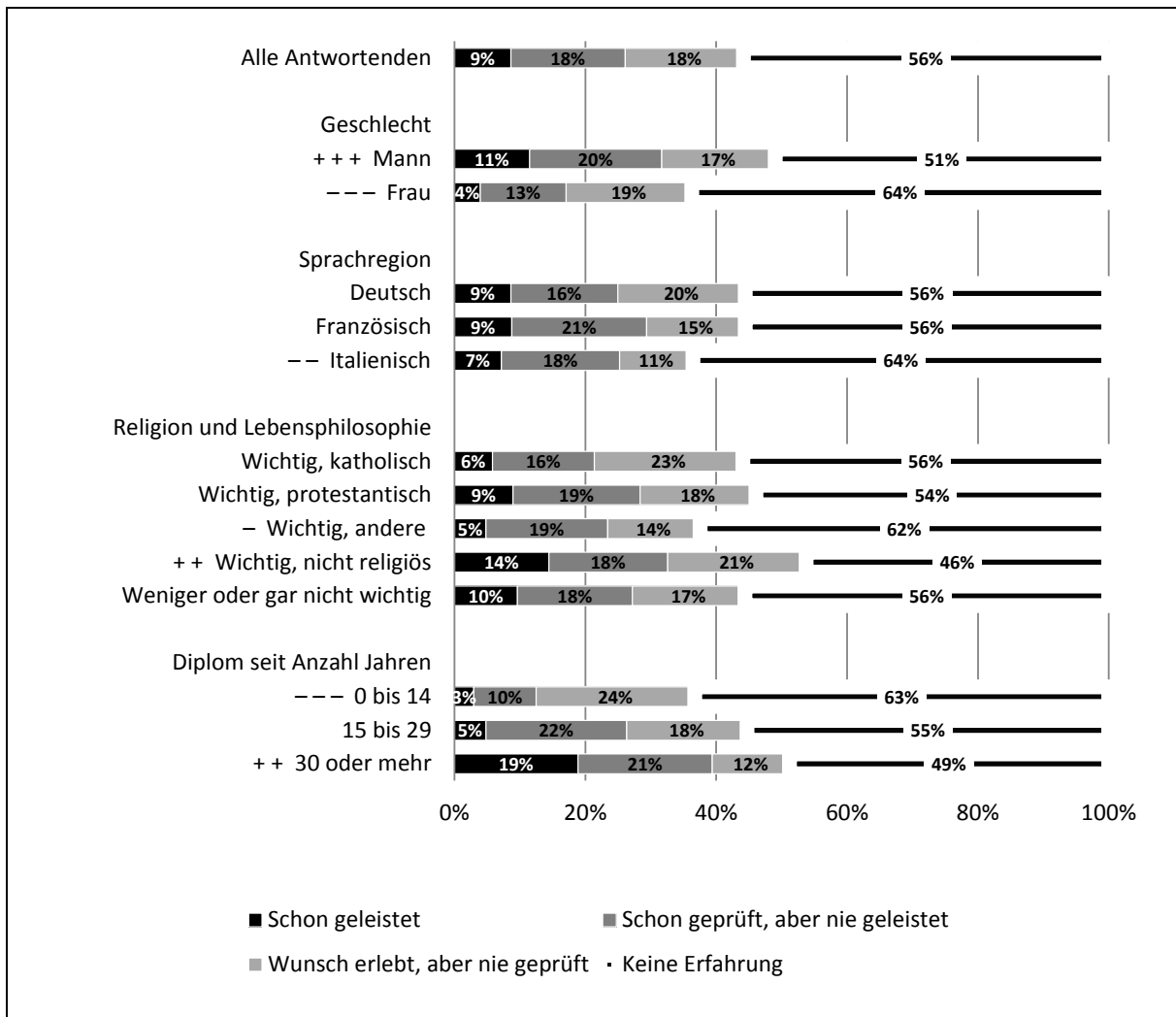


### 5.3.4 Bildung von Erfahrungstypen, Gruppenvergleich

Aufgrund ihrer Antworten zu den Fragen nach den Erfahrungen mit Wünschen nach Suizidhilfe, der Prüfung von Voraussetzungen sowie der Durchführung von Suizidhilfe liessen sich die Teilnehmenden vier Erfahrungstypen zugeordnet (Abbildung 5-9). Diese zusammenfassende Auswertung zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (56%) noch nie mit einem ernsthaften Suizidhilfewunsch konfrontiert worden sind. 18% der Teilnehmenden haben einen solchen Wunsch schon mindestens einmal erlebt, aber daraufhin nicht geprüft, ob die Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind. Weitere 18% haben auch die Prüfung schon durchgeführt, aber noch nie selbst Suizidhilfe geleistet. Rund jeder zehnte Studienteilnehmende (9% bzw. 111 (ungewichtet) Teilnehmende) hat schon Suizidhilfe geleistet, d.h. ein todbringendes Medikament zugänglich gemacht oder bei Vorbereitungen zum Suizid mitgewirkt.

Burkhardt et al. (2007) ermittelten für die französischsprachigen Kantone, dass 32% der dort antwortenden Ärztinnen und Ärzte (mehrheitlich Internisten und Allgemeinpraktiker) bereits mit einem Suizidhilfewunsch konfrontiert worden waren. Bei der EURELD-Befragung lag der Anteil Personen, welche eine Anfrage für eine Beschleunigung des Sterbens schon erlebt hatten, bei 37% (Löfmark et al. 2008). Diese Studien stellten somit weniger Wünsche fest, als bei der vorliegenden Befragung (in der diesbezüglich auch keine markanten sprachregionalen Unterschiede festzustellen waren, siehe nachfolgend). Bei Schwarzenegger et al. (2012) lag der Anteil Antwortender, welche angaben, schon ein todbringendes Medikament verschrieben zu haben, bei 8%, also sehr nahe bei den hier festgestellten 9%.

Abbildung 5-9: Typologie zu Erfahrungen mit Suizidhilfe: Soziodemographische und kulturelle Gruppen



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 (gewichtet), Antworten auf Fragen 7 und 8 (Zu Gewichtung, Wortlaut und Bildung der Gruppen vgl. Anhang 8.2). Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bezüglich des Anteils Personen der jeweiligen Gruppe, welche schon Erfahrungen mit Suizidhilfewünschen gemacht hat (Alle Angaben ausser „keine Erfahrungen“). Verglichen wurde jeweils die betreffende Gruppe mit allen übrigen Gruppen. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil der Gruppe, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; ++/- -- :  $p < 5\%$ ; +++/- --- :  $p < 1\%$ .

### Soziodemographische und kulturelle Gruppen

Gliedert man die Befragungsteilnehmenden in verschiedene Gruppen nach soziodemographischem oder kulturellem Hintergrund, so offenbaren sich Unterschiede, die jedoch nicht sehr ausgeprägt sind. Drei Gruppen verzeichnen leicht überdurchschnittliche Anteile an Antwortenden mit Erfahrungen zum Thema Suizidhilfe: Erstens Männer; zweitens Personen, die sich als nicht religiös, aber ihre Lebensphilosophie als wichtig für Entscheidungen am Lebensende bezeichnen; drittens ältere Ärztinnen und Ärzte (mindestens 30 Jahre seit dem Arzt Diplom). Letzteres kann an der längeren Berufserfahrung liegen, aber auch daran, dass ältere Ärztinnen und Ärzte womöglich auch eine ältere Patientenschaft aufweisen, in der vermutlich Suizidhilfewünsche verbreiteter sind.

Unterdurchschnittlich sind die Anteile an Antwortenden mit Erfahrungen erstens bei Frauen, zweitens in der italienischen Schweiz, drittens bei Angehörigen „anderer Religionen oder Lebensphilosophien“ (d.h. nicht reformiert oder katholisch), welche ihre Glaubensrichtung für Entschiede am Lebensende wichtig finden und viertens schliesslich bei jungen Ärztinnen und Ärzten (weniger als 15 Jahre seit dem Arzt Diplom)

Vergleicht man für diese Gruppen die Anteile Antwortender, welche schon mindestens einmal Suizidhilfe geleistet haben, so fallen vorab die Ärztinnen und Ärzte, die schon seit mindestens 30 Jahren ihr Arzt Diplom haben, auf. Von ihnen hat schon fast ein Fünftel (19%) Suizidhilfe geleistet. Klar unterdurchschnittlich ist er mit 3% umgekehrt in der Kategorie der jüngsten Ärztinnen und Ärzte. Beide Werte weichen signifikant vom Durchschnitt ab. Bis zu welchem Grad dieser deutliche Alterseffekt der Kumulation von Erfahrungen mit zunehmender Anzahl Berufsjahre geschuldet ist, kann nicht abschliessend beurteilt werden; immerhin wurde weiter vorne auch festgestellt, dass ältere Ärztinnen und Ärzten in der Befragung eine grundsätzlich etwas offenere Einstellung gegenüber der Suizidhilfe zeigen als jüngere. Die deutlich unterschiedlichen Anteile könnten somit auch an einer unterschiedlichen Grundhaltung der verschiedenen Altersgruppen liegen.

### **Beruflicher Hintergrund und Grundhaltung**

Die Erfahrung mit der Thematik der Suizidhilfe hängt auch mit dem beruflichen Hintergrund der Ärztinnen und Ärzte zusammen. Nachfolgend werden verschiedene Faktoren, die sich in der hier untersuchten Stichprobe der Ärzteschaft zeigen, dargestellt.

#### *Spital und freie Praxis, Tätigkeit in Heimen*

Während zwischen Ärztinnen und Ärzten in Spitälern und freier Praxis kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit besteht, wie oft sie mit ernsthaften Suizidhilfewünschen konfrontiert werden, zeigt sich ein solcher hinsichtlich des Leistens von Suizidhilfe: Unter den Ärzten in freier Praxis ist der Anteil mit Suizidhilfe-Erfahrung klar überdurchschnittlich, in den Spitälern dagegen unterdurchschnittlich.

Auch innerhalb der Spitäler zeigen sich Unterschiede. Chefärztinnen und -ärzte sind überdurchschnittlich oft mit Suizidhilfewünschen konfrontiert und ein überdurchschnittlich hoher Anteil leistet auch Suizidhilfe. Bei Spital- und Assistenzärztinnen und -ärzten sind beide Anteile tiefer als in den übrigen Gruppen.

Wenig überraschend ist, dass Ärztinnen und Ärzte, die in Alters- und Pflegeheimen tätig sind, überdurchschnittlich oft mit dem Wunsch nach Suizidhilfe konfrontiert werden. Unter jenen, die dort regelmässig tätig sind, beträgt der Anteil gegen drei Viertel (74%), und ein Viertel (25%) haben schon Suizidhilfe geleistet. Von den Ärztinnen und Ärzten, die nie in solchen Heimen tätig sind, ist hingegen erst jeder Dritte schon mit einem ernsthaften Wunsch nach Suizidhilfe konfrontiert worden und nur 5% gaben an, schon Suizidhilfe geleistet zu haben.

### *Fachdisziplin*

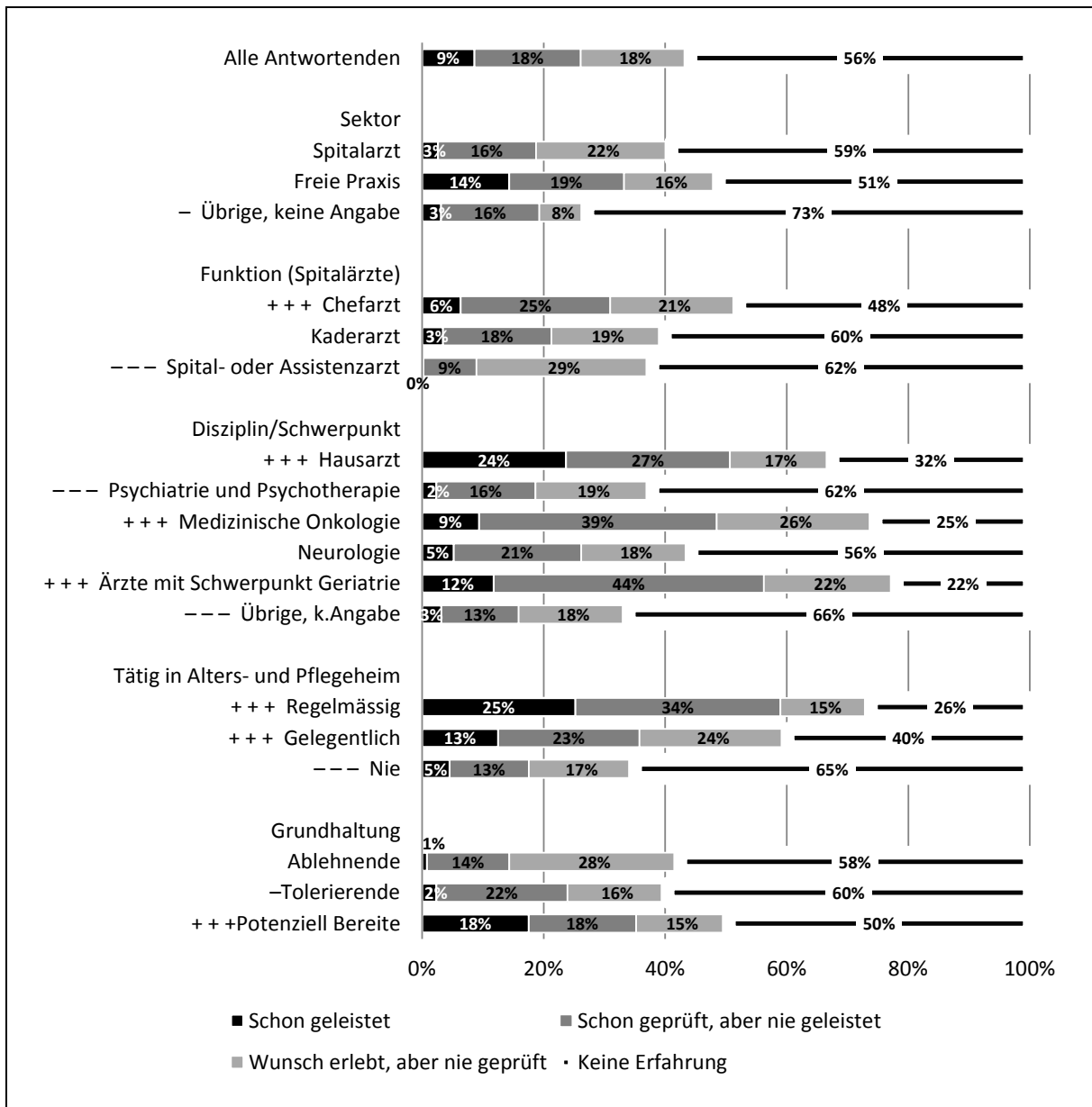
Zwischen den Fachdisziplinen zeigen sich grosse Unterschiede. Ein deutlich überdurchschnittlicher Anteil von gut zwei Dritteln (68%) aller Hausärztinnen und Hausärzte war schon mit ernsthaften Suizidhilfewünschen konfrontiert. Mit fast einem Viertel (24%) liegt auch der Anteil jener Hausärztinnen und Hausärzte, die schon Suizidhilfe geleistet haben, deutlich über dem Durchschnitt. Noch etwas höhere Anteile an Antwortenden, die schon mit Suizidhilfewünschen konfrontiert waren, verzeichnen die Onkologie (75%) und die Geriatrie (78%). In beiden Gruppen ist demgegenüber der Anteil Suizidhilfeleistender nicht signifikant überdurchschnittlich.

Unterdurchschnittlich oft mit ernsthaften Suizidhilfewünschen konfrontiert sind nach ihren Angaben Psychiaterinnen und Psychiater. Das mag etwas erstaunen, sind sie doch kraft ihrer Disziplin häufig mit Personen in schweren Lebenskrisen konfrontiert. Denkbar (jedoch im Rahmen dieser Untersuchung nicht überprüfbar) ist, dass sie aber aufgrund ihres disziplinären Hintergrunds und ihrer professionellen Vertrautheit mit dem Thema des Suizids Suizidhilfewünsche zurückhaltender als „ernsthaft“ taxieren als Ärztinnen und Ärzte anderer Fachdisziplinen. Ebenfalls ist es denkbar, dass eine Person ihren Suizidhilfewunsch gerade nicht gegenüber dem Psychiater oder der Psychiaterin vorbringt, da dieser bzw. diese sie unter Umständen bezüglich Suizidalität behandelt. Als Patient oder Patientin könnte man sich daher bewusst sein, dass der Psychiater bzw. die Psychiaterin nicht die ideale Ansprechperson für diesen Typ Wunsch ist.

### *Grundhaltung zur Suizidhilfe*

Die Grundhaltung zur Suizidhilfe und die Frage, ob man schon mit dem ernsthaften Wunsch nach Suizidhilfe konfrontiert war, hängen nicht sehr stark zusammen. In der Gruppe der potenziell zur Suizidhilfe bereiten Ärztinnen und Ärzte (vgl. Abschnitt 5.2.3), ist dieser Anteil zwar signifikant, aber nicht sehr deutlich überdurchschnittlich. Ob in diesen Fällen die Erfahrung die Haltung beeinflusst hat oder umgekehrt (Anziehungseffekt, wenn die Grundhaltung unter Patientinnen und Patienten bekannt ist; Zusammenarbeit mit Suizidhilfeorganisationen) kann hier nicht beurteilt werden. Wenig überrascht, dass potenziell zur Suizidhilfe bereite Ärztinnen und Ärzte überdurchschnittlich oft Suizidhilfe geleistet haben, während dies in den anderen Gruppen sehr selten der Fall war.

Abbildung 5-10: Typologie zu Erfahrungen mit Suizidhilfe: Beruflicher Hintergrund, Grundhaltung



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 (gewichtet), Antworten auf Fragen 7 und 8 (Zu Gewichtung, Wortlaut und Bildung der Gruppen vgl. Anhang 8.2). Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bezüglich des Anteils Personen der jeweiligen Gruppe, welche schon Erfahrungen mit Suizidhilfewünschen gemacht hat (Alle Angaben ausser „keine Erfahrungen“). Verglichen wurde jeweils die betreffende Gruppe mit allen übrigen Gruppen. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil der Gruppe, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; +/+-- :  $p < 5\%$ ; +/+--- :  $p < 1\%$ .

### 5.3.5 Einbezug von Suizidhilfeorganisationen

Den Teilnehmenden wurde folgende Frage vorgelegt: „Bei wievielen der [unter der Frage zur Häufigkeit des Suizidhilfewunschs] genannten Patientinnen und Patienten erfolgte die allfällige Suizidbegleitung durch eine Suizidhilfeorganisation, in wievielen Fällen nicht?“ Antworten konnten somit nicht nur Teilnehmende, die selbst schon Suizidhilfe geleistet haben, sondern auch solche, die erst mit einem entsprechenden Wunsch konfrontiert waren.

Zu 1113 Fällen konnten die Teilnehmenden eine Angabe darüber machen, ob beim (allfälligen) assistierten Suizid eine Suizidhilfeorganisation involviert war oder nicht. Die Angaben stammen von (ungewichtet) 217 Antwortenden. In rund drei Viertel (76%) dieser Fälle (851, ungewichtet) war eine Organisation involviert, in rund einem Viertel (262) war dies nicht der Fall. (Gewichtet man die Angaben, ändern sich diese Resultate nicht substantiell.) Drei Teilnehmende gaben an, es sei in mehr als zehn Fällen keine Suizidhilfeorganisation involviert gewesen (13 Fälle, 30 Fälle, 50 Fälle).

Von den Teilnehmenden, die zu dieser Frage Angaben machten, berichteten 60% (gewichtet) nur über Fälle, bei denen Suizidhilfeorganisationen involviert waren. 17% wussten nur von Fällen ohne Beteiligung einer Suizidhilfeorganisation zu berichten. Die übrigen 25% wussten sowohl von Fällen mit als auch von Fällen ohne Beteiligung einer Suizidhilfeorganisation zu berichten.

Insgesamt deuten die Angaben der Ärztinnen und Ärzte darauf hin, dass in einer deutlichen Mehrheit der Fälle von assistiertem Suizid Suizidhilfeorganisationen eine Rolle spielen. Es scheint aber eine nicht zu vernachlässigende Zahl von assistierten Suiziden zu geben, in denen diese Organisationen nicht involviert sind. Von jenen Fällen, die die Antwortenden zu kennen glauben, machen diese rund einen Viertel aus.

### 5.3.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend können zu den Erfahrungen, welche die Ärztinnen und Ärzte mit der Thematik der Suizidhilfe gemacht haben, folgende Hauptbefunde festgehalten werden (da Ärztinnen und Ärzte mit Erfahrungen im Zusammenhang mit Suizidhilfewünschen in dieser Studie überrepräsentiert sein dürften, wird der tatsächliche Anteil in der gesamten Ärzteschaft wohl überschätzt):

- *Ernsthaften Suizidhilfewunsch erlebt:* Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden haben es schon mindestens einmal erlebt, dass ein Patient oder eine Patientin bei ihnen ernsthaft Suizidhilfe verlangt hat. In den vergangenen fünf Jahren haben dies knapp ein Drittel der Teilnehmenden erlebt. Die meisten Ärztinnen und Ärzte wurden bisher erst selten mit einem Suizidhilfewunsch konfrontiert, vereinzelte Teilnehmenden demgegenüber schon mehr als 50 Mal.
- *Geprüft, ob Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind:* Rund ein Viertel aller Teilnehmenden hat schon in mindestens einem Fall geprüft, ob die Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind. Auch hier gilt, dass die meisten Ärztinnen und Ärzte die Voraussetzungen erst selten geprüft haben. Ihnen gegenüber stehen vereinzelte Ärztinnen und Ärzte, die schon mindestens 50 Mal eine solche Prüfung durchgeführt haben.
- *Suizidhilfe geleistet:* Knapp jeder zehnte Teilnehmende gab in der Befragung an, schon Handlungen getätigt zu haben, die im rechtlichen Sinne als Suizidhilfe gelten. In den meisten Fällen handelte es sich dabei um das Verschreiben oder Aushändigen eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung. Nur vereinzelte Ärztinnen und Ärzte haben schon mindestens zehnmal Suizidhilfe geleistet. Schätzungsweise rund nach jeder vierten Voraussetzungsprüfung kamen die Teilnehmenden zum Schluss, ein Medikament verschreiben oder aushändigen zu dürfen und zu wollen.

- *Erfahrungstypen:* Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass gut die Hälfte der Teilnehmenden noch nie mit einem ernsthaften Suizidhelfewunsch konfrontiert worden ist. Knapp ein Fünftel hat mindestens einen Wunsch erlebt, aber keine Voraussetzung geprüft, ein weiteres Fünftel hat mindestens einmal die Voraussetzungen geprüft, aber keine Suizidhilfe geleistet. Knapp jeder zehnte Teilnehmende hat schon mindestens einmal Suizidhilfe geleistet.
- *Soziodemographische Gruppen:* Ärzte haben mit Suizidhelfewünschen leicht häufiger zu tun als Ärztinnen, und von ihnen hat auch schon ein etwas grösserer Anteil selbst Suizidhilfe geleistet. In der italienischen Schweiz sind anteilmässig etwas weniger Ärztinnen und Ärzte mit der Thematik konfrontiert worden als in der französischen und der deutschen Schweiz. Ältere Ärztinnen und Ärzte hatten überdurchschnittlich oft mit Suizidhelfewünschen zu tun und auch schon Suizidhilfe geleistet, jüngere demgegenüber seltener.
- *Beruflicher Hintergrund:* Unter Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis ist der Anteil Antwortender, die schon Suizidhilfe geleistet haben, deutlich höher als unter Spitalärztinnen und -ärzten. Da sie auch den grösseren Anteil an der Ärzteschaft ausmachen, kann davon ausgegangen werden, dass Suizidhilfe in den meisten Fällen von frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten geleistet wird und nur selten von Spitalärztinnen und -ärzten. Eine deutliche Mehrheit der in der Stichprobe untersuchten Ärztinnen und Ärzte, die in Alters- und Pflegeheimen tätig sind, sind mit der Thematik vertraut, ein Viertel von ihnen hat schon Suizidhilfe geleistet. Personen aus der Hausarztmedizin, Onkologie und Geriatrie sind ebenfalls grossmehrheitlich schon mit Suizidhelfewünschen konfrontiert worden, aber nur unter den Hausärztinnen und Hausärzten ist auch der Anteil jener, die schon Suizidhilfe geleistet haben, überdurchschnittlich.
- *Einbezug von Suizidhilfeorganisationen:* In rund drei Vierteln der Fälle von Suizidhilfe, über die die Teilnehmenden berichteten, war eine Suizidhilfeorganisation beteiligt; in rund einem Viertel war dies nicht der Fall.

## 5.4 Vertretbarkeit von Suizidhilfe in bestimmten Situationen

Nach aktuellem Standesrecht ist Suizidhilfe prinzipiell zulässig, wenn die Erkrankung die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende im Zeitraum von Tagen bis einigen Wochen eintritt. In diesem Abschnitt wird darüber berichtet, inwieweit die Ärztinnen und Ärzte Suizidhilfe in dieser Situation und bei anderen denkbaren gesundheitlichen Zuständen von suizidwilligen Patientinnen und Patienten als vertretbar erachten. Dabei wird zunächst auf die Vertretbarkeit in spezifischen Situationen eingegangen (Abschnitt 5.4.1), danach auf Muster der Zustimmung (Abschnitt 5.4.2). Darauf basierend werden die Befragungsteilnehmenden in „Situationstypen“ unterteilt (Abschnitt 5.4.3). Ebenfalls wird dargestellt, wie wichtig den Teilnehmenden die Einhaltung bestimmter Rahmenbedingungen ist, damit sie zu Suizidhilfe persönlich bereit wären (Abschnitt 5.4.4). Eine Zusammenfassung (Abschnitt 5.4.5) beschliesst den Abschnitt.

► *Die hier berichteten Analysen tragen somit zur detaillierteren Beantwortung der Forschungsfrage 1 (Einstellungen zur Suizidhilfe) bei. Diese Forschungsfrage wird auch in Abschnitt 5.2 bearbeitet.*

### 5.4.1 Vertretbarkeit von Suizidhilfe in einzelnen Situationen

Den Ärztinnen und Ärzten wurden insgesamt acht typisierte gesundheitliche Zustände suizidwilliger Personen beschrieben (vgl. Fragebogen, Anhang 8.2.5). Die zu beantwortende Frage lautete wie folgt: „Unabhängig davon, ob Sie persönlich Suizidhilfe leisten würden: Finden Sie es in den nachfolgend beschriebenen Situationen grundsätzlich vertretbar, wenn ein Arzt oder eine Ärztin einer Patientin oder einem Patienten auf Verlangen ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung verschreibt oder aushändigt? Gehen Sie bei allen Situationen davon aus, dass die Person urteilsfähig ist.“

#### Zustimmungsgrad in einzelnen Situationen

Befindet sich der Patient oder die Patientin in einem Zustand, der den aktuell geltenden standesrechtlichen Voraussetzungen für Suizidhilfe entspricht – das heisst: „die suizidwillige Person ist schwer erkrankt, leidet unter starken Schmerzen und steht am Lebensende, d.h. der Tod tritt erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder Wochen ein“ – erachten total 78% die Suizidhilfe grundsätzlich als vertretbar (Antwortkategorie „Ja“: 58%) oder eher vertretbar („Eher ja“: 20%; Abbildung 5-11).

Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten am Lebensende lag die Zustimmung tiefer – bei gesamthaft 61%. Auch in allen anderen abgefragten Situationen, in denen aufgrund der Fallbeschreibung klar war, dass die fraglichen Personen nicht am Lebensende stehen, war der Anteil, welche Suizidhilfe als vertretbar erachteten, deutlich und statistisch signifikant tiefer als in der eingangs beschriebenen Situation:

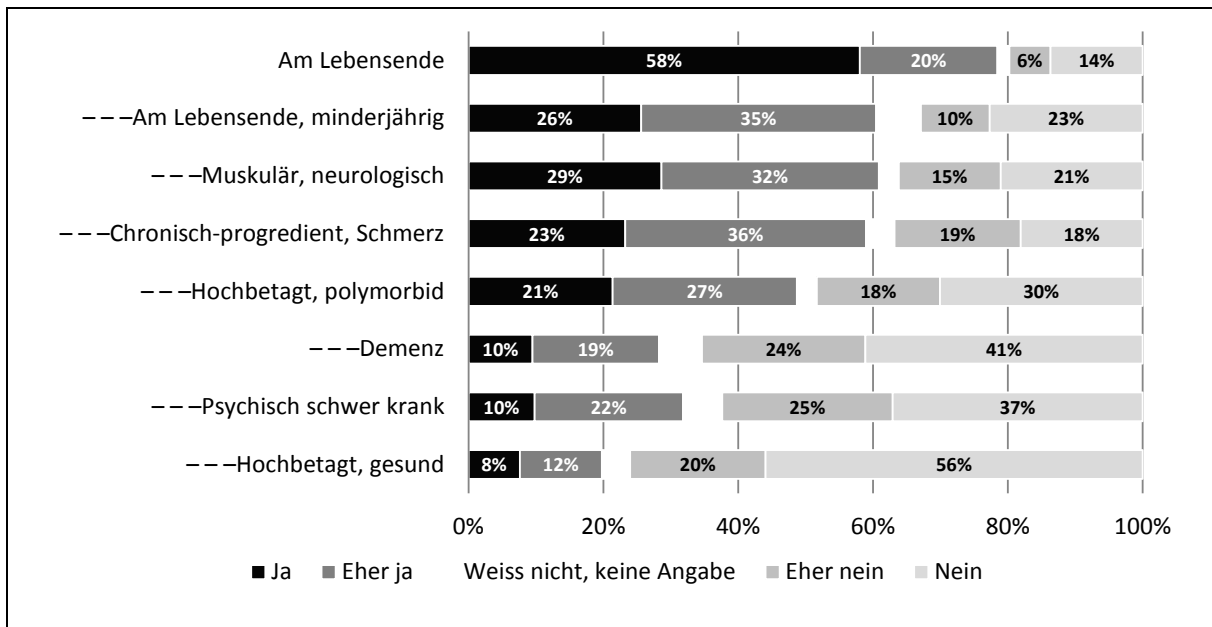
- Bei Personen mit schwerer muskulärer oder neurologischer Erkrankung wie ALS und bei Personen mit chronisch-progredienten Schmerzerkrankungen erachten jeweils rund 60% Suizidhilfe als grundsätzlich (eher) vertretbar.
- Bei hochbetagten, polymorbiden und pflegebedürftigen Personen teilen sich Zustimmung und Ablehnung zur Suizidhilfe in etwa.
- Je rund 30% erachten Suizidhilfe als (eher) vertretbar bei Demenzpatienten oder bei Personen, die psychisch schwer erkrankt sind.
- Rund 20% erachten Suizidhilfe als (eher) vertretbar bei hochbetagten, aber gesunden Personen.

Es zeigt sich somit wie schon bei der Untersuchung von Schwarzenegger et al. (2012), dass in der Ärzteschaft sehr unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen, bei welchem gesundheitlichen Zustand ärztliche Eingriffe am Lebensende gerechtfertigt erscheinen. Bezüglich der einzelnen abgefragten Zustände gibt es Parallelen, aber auch Unterschiede. So stimmten bei Schwarzenegger et al. (2012) 76% der Suizidhilfe bei einer terminalen Krebspatientin mit unerträglichen Schmerzen zu, das entspricht fast den 78% des hier abgefragten Falls mit nahem Lebensende. Etwas höher ist in seiner Befragung die Zustimmung bei einer polymorbiden, hochbetagten Person 58% (hier: 48%), deutlich höher bei einem Alzheimerpatienten, der ungefähr der hier abgefragten Situation einer Demenz entspricht: Lag bei Schwarzenegger et al. (2012) die Zustimmung bei 53%, beträgt sie hier nur 29%. Der Hauptgrund für die höhere Zustimmung dürfte in der Formulierung der Fragen liegen: Zum einen wurde v.a. das Leiden und die konkrete Lebenssitua-



tion der Personen in jener Studie ausführlicher und lebensnäher beschrieben als hier, zum anderen wurde danach gefragt, ob die Suizidhilfe gesetzlich erlaubt sein solle – und nicht ob man sie persönlich grundsätzlich vertretbar findet.

**Abbildung 5-11:** Vertretbarkeit von Suizidhilfe bei verschiedenen gesundheitlichen Zuständen des Patienten



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 (gewichtet), Antworten auf Frage 2 (Zu Gewichtung und Wortlaut vgl. Anhang 8.2). Signifikanztest: Vergleich der Anteile Antwortender, die Suizidhilfe in der betreffenden Situation vertretbar finden (Antworten: „Ja“ oder „Eher ja“) im Vergleich zur Situation „Lebensende“. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; ++/-- :  $p < 5\%$ ; +++/---- :  $p < 1\%$ .

### Fachlicher Hintergrund der Befragungsteilnehmenden

Ergänzend interessierte bei dieser Analyse auch, ob der fachliche Hintergrund der Befragungsteilnehmenden mit der situationsspezifischen Akzeptanz der Suizidhilfe zusammenhängt. Untersucht wurden die Haltungen bei einer rein somatischen Erkrankung (schwere muskuläre oder neurologische Erkrankung wie z.B. ALS) und zwei nicht-somatischen Erkrankungen (schwere psychische Erkrankung, Demenz). Es zeigen sich einzelne Auffälligkeiten, die aber insgesamt nicht sehr stark sind. Bei muskulären/neurologischen Erkrankungen schwanken die Anteile Teilnehmender, welche der Suizidhilfe grundsätzlich zustimmen, je nach Fachdisziplin zwischen 59% und 68%, wobei sich keine signifikanten Gruppenunterschiede zeigen.

Bei der Demenz liegen die Unterschiede zwischen 19% und 35%; bei psychischen Erkrankungen zwischen 21% und 37%; bei beiden Diagnosen weicht der Zustimmungswert einzelner Fachdisziplinen signifikant vom Durchschnitt aller übrigen ab:

- Der Anteil Suizidhilfe unterstützender *Hausärztinnen und Hausärzte* ist bei Demenz minim unterdurchschnittlich, nicht aber bei muskulär/neurologischen Erkrankungen oder psychischen Erkrankungen.

- Unter *Psychiaterinnen und Psychiatern* ist der Anteil jener Antwortenden, die Suizidhilfe bei Demenz vertretbar finden, erhöht, nicht aber bei psychischen Erkrankungen oder muskulär/neurologischen Erkrankungen.
- *Onkologinnen und Onkologen* verzeichnen bei nicht-somatischen Erkrankungen vergleichsweise tiefe Unterstützungsanteile der Suizidhilfe. Aufgrund der tiefen Fallzahl liegt jedoch dieser deutliche Unterschied zum Durchschnitt der übrigen Disziplinen im statistischen Zufallsbereich.
- Unter den *Neurologinnen und Neurologen* wiederum fällt die unterdurchschnittliche Akzeptanz der Suizidhilfe bei psychischen Erkrankungen auf, während bei den anderen Diagnosen nicht signifikant, aber zahlenmässig eher überdurchschnittlich viele Vertreterinnen und Vertreter dieser Disziplin die Suizidhilfe akzeptieren.
- Von den Praktizierenden mit *Schwerpunkt Geriatrie* schliesslich unterstützt ein klar unterdurchschnittlicher Anteil die Suizidhilfe bei Demenz, während der Anteil bei psychischen Erkrankungen (nicht signifikant) überdurchschnittlich ist.

### Anzahl Situationen, in denen zugestimmt wird

Ergänzend wurde auch untersucht, in wie vielen der abgefragten Situationen die Befragungsteilnehmenden das Leisten von Suizidhilfe als (eher) vertretbar erachteten. Knapp ein Fünftel (19%) hält Suizidhilfe in keiner der abgefragten Situationen für vertretbar – sie haben nie die Antwort „Ja“ oder „Eher ja“ markiert. Dieser Wert ist nahezu gleich hoch wie der Anteil Personen, welche die grundsätzliche Ansicht vertreten, Ärztinnen und Ärzte sollten keine Suizidhilfe leisten (22%).<sup>39</sup> 10% haben umgekehrt in allen acht Situationen Suizidhilfe zumindest eher als vertretbar bezeichnet. Die übrigen 71% halten Suizidhilfe in einer bis sieben der abgefragten Konstellationen für grundsätzlich vertretbar.

Geht man davon aus, dass mit diesen Situationen das mögliche Spektrum an Patientenzuständen gut abgedeckt wird (mögliche Ausnahme: Gesund und nicht hochbetagt), kann etwas zugespitzt bilanziert werden, dass für drei von zehn Teilnehmenden (19% + 10%) die konkrete gesundheitliche Situation für den Entscheid, ob Suizidhilfe grundsätzlich vertretbar ist, von untergeordneter Bedeutung ist. Für sieben von zehn Antwortenden spielt der gesundheitliche Zustand hingegen eine Rolle, und hier gibt es deutliche Unterschiede, wie sie diese Situationen beurteilen.

#### 5.4.2 Muster der Zustimmung zu Suizidhilfe in bestimmten Situationen

Um die unterschiedlichen Muster der Zustimmung genauer ergründen zu können, wurde weiter untersucht, wie gross die Anteile der Zustimmenden zur Suizidhilfe in einer bestimmten Situation sind, während sie Suizidhilfe gleichzeitig in bestimmten anderen Situationen nicht vertretbar finden. Tabelle 5-2 dokumentiert diese Zusammenhänge. Die Tabelle zeigt zum Beispiel in der ersten Zeile: Von den 1'024 Befragungsteilnehmenden (= 78% aller 1318 Teilnehmenden), welche Suizidhilfe bei erwachsenen Personen am Lebensende für vertretbar halten (erste Zeile, erste

---

<sup>39</sup> Die Gruppen überschneiden sich weitgehend: Nur 42 Personen (ungewichtet), welche Suizidhilfe in keiner der abgefragten Situationen für vertretbar halten, haben nicht die grundsätzliche Ansicht vertreten, Ärztinnen und Ärzte sollten keine Suizidhilfe leisten.

Spalte), finden 25% oder deren 256 (erste Zeile, dritte Spalte) Suizidhilfe bei minderjährigen Personen am Lebensende nicht angebracht. Umgekehrt finden praktisch alle 797 Teilnehmenden, welche Suizidhilfe am Lebensende auch bei Minderjährigen unterstützen (zweite Zeile, erste Spalte), dass diese auch bei Erwachsenen am Lebensende gerechtfertigt sei; nur 18 oder 2% davon (zweite Zeile, erste Spalte) finden das nicht.

Die obigen Befunde und die Muster der Zustimmung zur Suizidhilfe in den einzelnen Situationen gemäss Tabelle 5-2 führen zusammengefasst zu den nachfolgend beschriebenen Interpretationen darüber, wie Ärztinnen und Ärzte Suizidhilfe in Abhängigkeit der gesundheitlichen Situation des Patienten oder der Patientin beurteilen. Diese Detailauswertungen bilden die Grundlage für die im nachfolgenden Abschnitt 5.4.3 konstruierte Typologie.

### **Lebensende vs. übrige Situationen**

Wer Suizidhilfe bei schwer erkrankten erwachsenen Personen am Lebensende nicht für vertretbar hält, stimmt ihr mit wenigen Ausnahmen auch sonst in keiner Situation zu. Umgekehrt stimmen fast alle an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, die der Suizidhilfe in anderen Situationen zustimmen, auch bei Erwachsenen am Lebensende zu. Von diesem Muster weichen je maximal rund 20 Personen ab. Wie detailliertere Auswertungen zeigen, gibt es eine relativ kleine Gruppe von 70 Antwortenden (5% aller Antwortenden), die Suizidhilfe nur bei erwachsenen Personen am Lebensende für vertretbar halten.

Zur Gruppe von Ärztinnen und Ärzten, die nur Suizidhilfe am Lebensende vertretbar finden, sind zusätzlich jene zu zählen, die auch oder ausschliesslich Suizidhilfe am Lebensende bei Minderjährigen vertretbar finden, aber sonst in keinem Fall. Dabei handelt es sich gemäss einer weiteren Detailauswertung um weitere 61 Antwortende (weitere 5% aller Antwortenden). Jedoch kann nicht gesagt werden, dass Ärztinnen und Ärzte, welche Suizidhilfe in Situationen nicht am Lebensende befürworten, automatisch auch Suizidhilfe bei Minderjährigen am Lebensende befürworten. Hier sind die abweichenden Gruppen durchwegs grösser. Von den 802 Antwortenden, welche Suizidhilfe z.B. bei schweren muskulären oder neurologischen Erkrankungen wie ALS befürworten, lehnen diese rund 19% bei Minderjährigen am Lebensende ab.

**Tabelle 5-2:** Muster der grundsätzlichen Zustimmung zu Suizidhilfe in verschiedenen Situationen

Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 (gewichtet), Antworten auf Frage 2 (Zu Gewichtung und Wortlaut vgl. Anhang).

Anzahl, die Suizidhilfe vertretbar finden bei...	Von den Personen, die Suizidhilfe in der betreffenden Zeile vertretbar finden, finden dies nicht vertretbar bei ...															
	... Erwachsene am Lebensende		... Minderjährigen am Lebensende		... muskulär-neurologischen Erkrankungen		... chronisch-progredienten Schmerzen		... hochbetagten, polymorbiden Patienten		... demenzkranken Patienten		... psychisch schwer kranken Patienten		... hochbetagten, gesunden Personen	
	abs	% von Total	abs	% von Total	abs	% von Total	abs	% von Total	abs	% von Total	abs	% von Total	abs	% von Total	abs	% von Total
Total	% von N															
... Erwachsene am Lebensende	1034	78%	256	25%	254	25%	278	27%	403	39%	667	65%	627	61%	780	75%
... Minderjährigen am Lebensende	797	60%	18	2%	146	18%	172	22%	260	33%	474	59%	426	53%	571	72%
... muskulär-neurologischen Erkrankungen	802	61%	22	3%			138	17%	221	28%	449	56%	407	51%	548	68%
... chronisch-progredienten Schmerzen	777	59%	21	3%	114	15%			206	27%	451	58%	378	49%	528	68%
... hochbetagten, polymorbiden Patienten	642	49%	11	2%	61	10%	70	11%			317	49%	271	42%	396	62%
... demenzkranken Patienten	372	28%	5	1%	19	5%	47	13%	47	13%			109	29%	199	53%
... psychisch schwer kranken Patienten	419	32%	13	3%	24	6%	19	5%	48	11%	156	37%			220	53%
... hochbetagten, gesunden Personen	261	20%	6	2%	7	3%	11	4%	15	6%	88	34%	61	23%		

## **Somatische Erkrankung vs. übrige Situationen**

Liegt eine klar somatische und schwere Krankheit vor, hält ein grösserer Anteil der Antwortenden Suizidhilfe für vertretbar, als wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind. Schon bei „blosser“ Polymorbidität ist der Unterstützungsgrad geringer als wenn etwa eine Person unter ALS leidet. Bei Abwesenheit körperlichen Leidens ist die Unterstützung noch tiefer (psychische Erkrankung, Demenz, hochbetagt, aber gesund). Auch gilt: Die meisten Antwortenden, die Suizidhilfe bei Abwesenheit körperlicher Leiden für vertretbar halten, unterstützen sie auch bei Vorliegen dieser somatischen Krankheitsbilder (inklusive schwer erkrankte Erwachsene und Minderjährige am Lebensende): Es weichen nie mehr als 50 Antwortende (oder maximal 13% der jeweiligen Gruppe) von diesem Muster ab.

Innerhalb der abgefragten klaren somatischen Krankheitsbilder ist indessen keine deutliche Hierarchie der Zustimmung auszumachen, auch sind die Gruppen der Zustimmenden nicht deckungsgleich. So halten beispielsweise je rund 800 Antwortende Suizidhilfe bei chronisch-progredienten Schmerzerkrankungen und bei schweren muskulären oder neurologischen Erkrankungen für vertretbar; die beiden Gruppen sind aber nicht vollständig deckungsgleich, lehnen doch jeweils mehr als 100 Befürworter der Suizidhilfe beim einen Leiden dieselbe beim jeweils anderen Leiden ab.

## **Nicht-somatische Erkrankungen vs. übrige Situationen**

Aus dem oben Gesagten ergibt sich, dass diejenigen, welche Suizidhilfe auch bei schweren nicht-somatischen Erkrankungen (psychische Erkrankung, Demenz) befürworten, tendenziell eine Untergruppe derjenigen sind, die Suizidhilfe bei schweren somatischen Erkrankungen vertretbar finden.

Gleichzeitig ist der Anteil Suizidhilfe unterstützender Ärztinnen und Ärzten nochmals kleiner, wenn der Suizidhilfewunsch von einer hochbetagten, aber gesunden Person stammt. Tendenziell gilt also, dass das Vorhandensein einer (wenn auch nicht somatischen) Erkrankung die grundsätzliche Zustimmung zur Suizidhilfe begünstigt. Allerdings ist die Gruppe der 261 Antwortenden, die bei gesunden, hochbetagten Personen Suizidhilfe vertretbar finden, nicht einfach eine Untergruppe derjenigen, die bei psychischen Erkrankungen und Demenz zustimmen: Immerhin 23% von ihnen lehnen Suizidhilfe bei psychischer Erkrankung ab, sogar 34% bei Demenz. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Untergruppe in den anderen beiden Situationen gewisse Zweifel an der Urteilsfähigkeit der Patienten hegt.

Auch die Gruppen, welche Suizidhilfe bei Demenz oder psychischer Erkrankung vertretbar finden, sind im Übrigen ähnlich gross, aber nicht völlig deckungsgleich. Grob gesagt je rund ein Drittel unterstützt Suizidhilfe nur in einer der beiden Konstellationen.

## **Bedeutung des Alters der suizidwilligen Person?**

Inwieweit das Alter des Patienten oder der Patientin die grundsätzliche Zustimmung zu Suizidhilfe beeinflusst, kann aufgrund der abgefragten Situationen nicht abschliessend beurteilt werden. Aus den Antworten ergeben sich jedoch gewisse Hinweise.

Bei schwer erkrankten Patienten am Lebensende scheint das Alter für eine Minderheit der Antwortenden eine Rolle zu spielen. Von den rund 1000 Personen, welche Suizidhilfe bei Erwachsenen am Lebensende für vertretbar halten, stuft ein Viertel (25%) Suizidhilfe bei Minderjährigen am Lebensende nicht als vertretbar ein.

Aufschlussreich ist auch ein Vergleich der Bereitschaft zur Suizidhilfe bei hochbetagten polymorbiden Personen sowie bei Minderjährigen am Lebensende. Hier scheint eine wenn auch kleine Minderheit der in der Stichprobe untersuchten Ärzteschaft dem Alter ein höheres Gewicht einzuräumen als der Schwere der Erkrankung (respektive der Nähe des Lebensendes): Rund 105 (16%) der Antwortenden, welche die Suizidhilfe bei einer hochbetagten polymorbiden Person als vertretbar erachten, unterstützen sie nicht bei Minderjährigen am Lebensende. Die umgekehrte Position (Ja bei Minderjährigen am Lebensende, nein bei polymorbiden Hochbetagten) nehmen indessen deutlich mehr Antwortende ein (260).

Auch reicht die Tatsache, dass die suizidwillige Person hochbetagt ist, für die grosse Mehrheit der in der Stichprobe untersuchten Ärzteschaft als Voraussetzung für Suizidhilfe nicht aus. Wie erwähnt befürworten nur rund 20% der gesamthaft Antwortenden Suizidhilfe bei einer hochbetagten, aber gesunden Person. In dieser Gruppe gibt es nur eine zahlenmässig sehr kleine Minderheit von 35 Antwortenden, welche gleichzeitig Suizidhilfe bei Minderjährigen am Lebensende ablehnt.

Der nach medizinischen Kriterien definierte Gesundheitszustand ist somit für die meisten an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ein entscheidenderes Kriterium für die Entscheidung, ob Suizidhilfe vertretbar ist, als das Alter. Für eine Minderheit scheint jedoch das Alter eine Bedeutung zu haben, die je nach Situation sogar höher gewichtet wird als der Gesundheitszustand.

### 5.4.3 Bildung einer Typologie

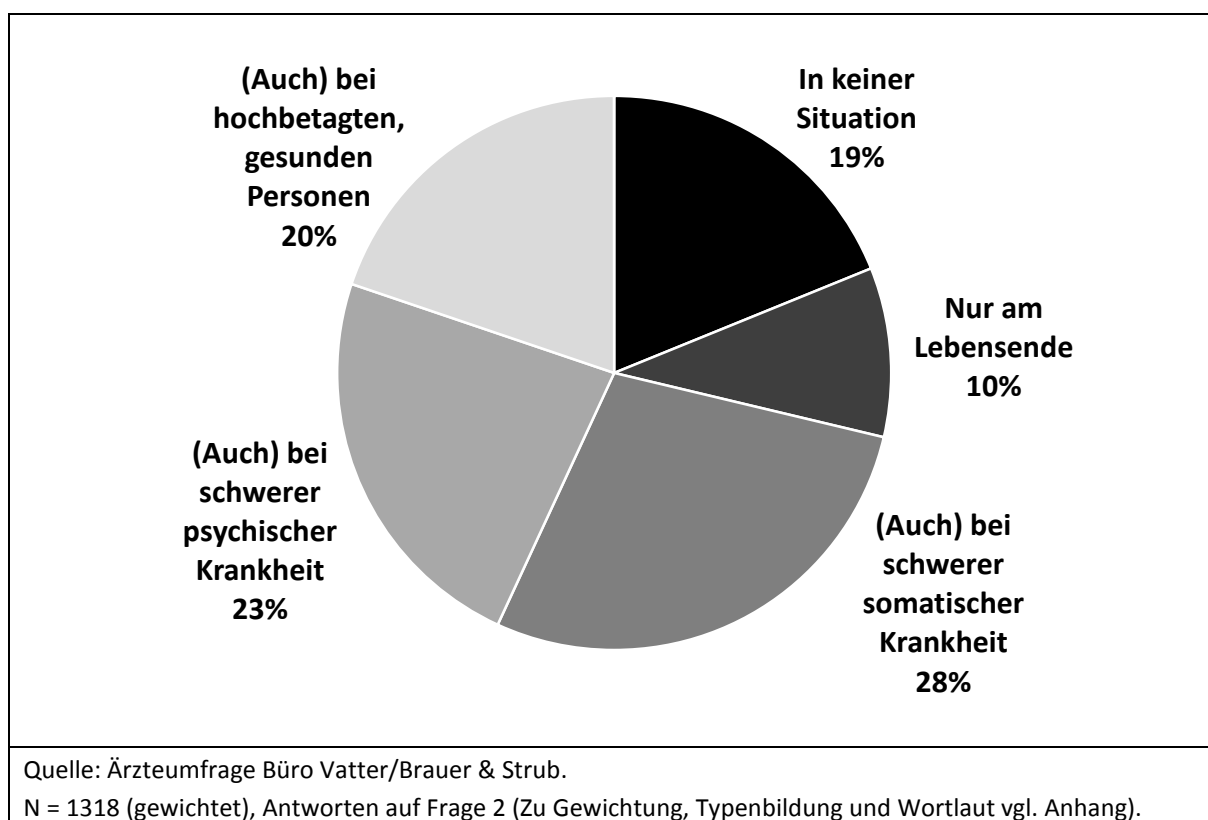
Die obigen Erkenntnisse über die grundsätzliche Zustimmung zur Suizidhilfe je nach Zustand der suizidwilligen Person wurden in einer Typologie zusammengefasst (Abbildung 5-12; Details der Typenbildung siehe Anhang 8.2.3). Diese ist stark geprägt von der oben festgestellten Hierarchie der Zustimmungsmuster. Folgende „Situationstypen“ konnten gebildet werden:

- *In keiner Situation:* Rund ein Fünftel der Antwortenden erachten Suizidhilfe in keiner der abgefragten Situationen als vertretbar, lehnen diese also wohl aus grundsätzlichen Überlegungen ab.
- *Nur am Lebensende:* Rund ein Zehntel der Antwortenden erachtet Suizidhilfe nur dann als vertretbar, wenn zu erwarten ist, dass das Lebensende der suizidwilligen Person nahe ist. Das ist im Vergleich zum Befund von Pfister/Biller-Adorno (2010a, b) ein tiefer Anteilswert. In dieser Befragung hatten im Jahr 2008 57% der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (Hausarztmedizin, Innere Medizin, Intensivmedizin) die Ansicht geäussert, ärztliche Suizidhilfe solle auf terminal kranke Patientinnen und Patienten beschränkt werden.
- *(Auch) bei schwerer somatischen Krankheit:* Ein gutes Viertel der Antwortenden erachtet Suizidhilfe bei Vorliegen bestimmter schwerer somatischer Erkrankungen auch dann als vertretbar, wenn der Patient oder die Patientin nicht am Lebensende steht.
- *(Auch) bei schwerer psychischer Erkrankung:* Ein knappes Viertel der Antwortenden ist gegenüber der Suizidhilfe noch etwas offener und hält diese grundsätzlich auch bei Vorliegen

einer psychischen Erkrankung (oder Demenz) für vertretbar. Nur eine kleine Minderheit der in der Stichprobe untersuchten Ärzteschaft unterstützt Suizidhilfe bei solchen Erkrankungen und lehnt sie gleichzeitig bei somatischen Erkrankungen ab.

- *(Auch) bei hochbetagten, gesunden Personen:* Das letzte Fünftel der Antwortenden unterstützt Suizidhilfe nicht nur bei Vorliegen einer schweren Erkrankung, sondern hält sie auch bei hochbetagten gesunden für grundsätzlich vertretbar. Von dieser Gruppe hat wiederum die Hälfte der Antwortenden Vorbehalte, wenn kein somatisches Leiden vorliegt, sondern ausschliesslich eine schwere psychische Erkrankung oder bei Demenz.

Abbildung 5-12: Zustimmung zu Suizidhilfe in Abhängigkeit des Patientenzustands: Typologie



#### 5.4.4 Rahmenbedingungen für Suizidhilfe

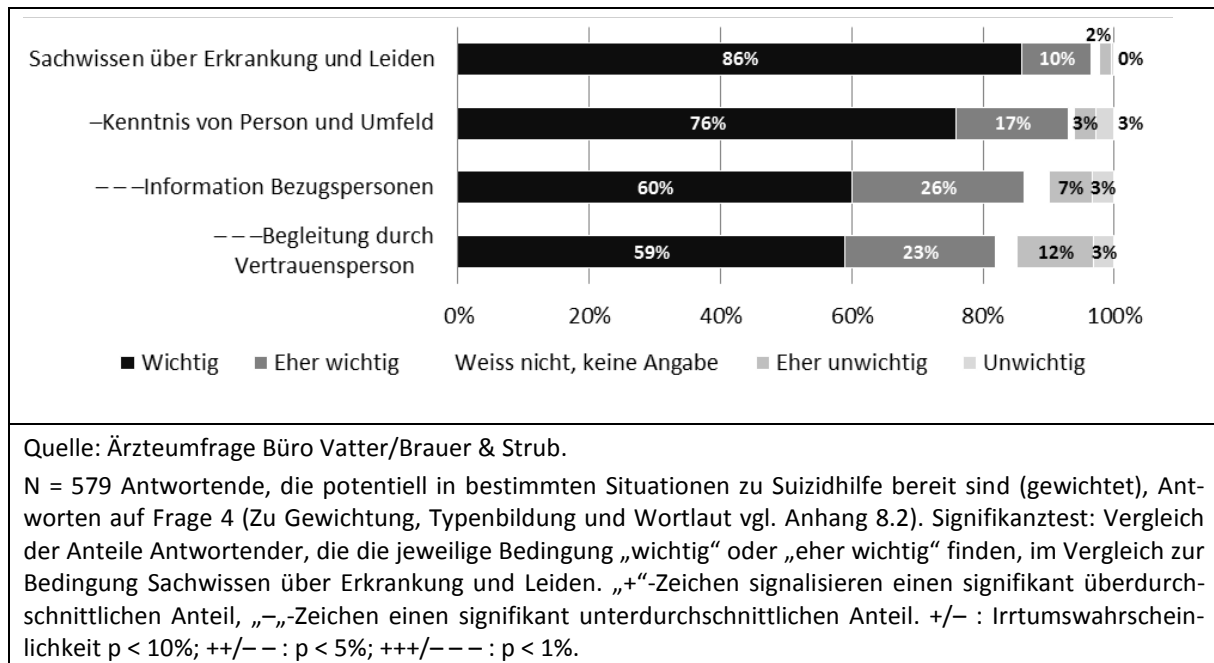
Denjenigen Ärztinnen und Ärzte, welche angegeben hatten, sie seien zur Suizidhilfe grundsätzlich bereit, wurden folgende Frage vorgelegt: „Wie wichtig wäre es für Sie persönlich, dass die nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind, um einer suizidwilligen Person Zugang zu einem Medikament zum Zweck der Selbsttötung zu verschaffen?“

Die einzelnen Bedingungen waren:

- *Kenntnis von Person und Umfeld:* „Die Person ist bei mir seit längerer Zeit in Behandlung. Ihre Persönlichkeit und ihr sozial-familiäres Umfeld kann ich gut beurteilen.“

- *Sachwissen über Erkrankung und Leiden:* „Ich habe ausreichende medizinische Sachkenntnis über die Erkrankung und das Leiden der Person oder einen entsprechenden Facharztbericht vorliegen.“
- *Information Bezugspersonen:* „Angehörige oder andere engste Bezugspersonen müssen mindestens informiert worden sein.“
- *Begleitung durch Vertrauensperson:* „Ich muss sicher sein, dass der allfällige Suizid von einer Person begleitet wird, welcher der Patient vertraut.“

Abbildung 5-13: Rahmenbedingungen, die aus Sicht der Antwortenden für Suizidhilfe erfüllt sein müssen



Den meisten Antwortenden sind alle abgefragten Rahmenbedingungen wichtig oder eher wichtig. Die meisten Ärztinnen/Ärzte messen dem Sachwissen über die Erkrankung und das Leiden der Person Wichtigkeit bei. Nur 2% der Antwortenden bezeichneten diese Bedingung als eher unwichtig. Auch finden die meisten Antwortenden es wichtig, die suizidwillige Person schon länger in Behandlung zu haben und ihr Umfeld zu kennen. Auch hier beträgt der Anteil Antwortender, die „wichtig“ oder „eher wichtig“ markiert haben, mehr als 90%. Etwas weniger Antwortende, aber immer noch jeweils vier Fünftel der Antwortenden erachteten auch die Informiertheit der Bezugspersonen und die Begleitung des Suizids durch eine Vertrauensperson als „wichtig“ oder „eher wichtig“.

### 5.4.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend können zur Frage, bei welchem gesundheitlichen Zustand und unter welchen Rahmenbedingungen die an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte Suizidhilfe als grundsätzlich vertretbar erachten, folgende Hauptbefunde festgehalten werden:

- *Gesundheitszustand als wichtiges Kriterium:* Während rund ein Fünftel der Antwortenden Suizidhilfe in keiner Situation vertretbar findet und ein weiteres Zehntel sie in allen abgefragten Situationen (zumindest eher) unterstützt, hängt es für sieben von zehn Ärztinnen und



Ärzte vom gesundheitlichen Zustand der suizidwilligen Person ab, ob sie ärztliche Suizidhilfe gerechtfertigt finden. Es bestehen in der Stichprobe der untersuchten Ärzteschaft sehr unterschiedliche Haltungen darüber, in welchen konkreten Situationen Suizidhilfe vertretbar ist.

- *Nahes Lebensende:* Rund acht von zehn Antwortenden erachten Suizidhilfe bei schwer erkrankten Personen, die nah am Lebensende stehen, als (eher) vertretbar. Ist diese Person minderjährig, sind es noch rund sechs von zehn. Rund jeder zehnte Antwortende hält Suizidhilfe nur am Lebensende für vertretbar.
- *Akzeptanz bei schweren somatischen Leiden vergleichsweise hoch:* Leidet der Patient oder die Patientin an schweren somatischen Erkrankungen, befürworten rund sechs von zehn Antwortenden die Suizidhilfe, auch wenn der Patient nicht am Lebensende steht. Bei anderen Diagnosen ist die Zustimmung tiefer: Ist der Patient oder eine Patientin polymorbid und hochbetagt, erachten etwas weniger als die Hälfte der Antwortenden Suizidhilfe als gerechtfertigt, ist er oder sie schwer psychisch erkrankt oder leidet er oder sie an einer Demenz (aber noch urteilsfähig), sind es noch etwa drei von zehn Antwortenden.
- *Suizidhilfe bei gesunden, hochbetagten Personen:* Suizidhilfe bei hochbetagten, aber gesunden Personen erachten ein Fünftel der Antwortenden als vertretbar oder eher vertretbar. Rund die Hälfte davon lehnt gleichzeitig Suizidhilfe entweder bei Demenz oder einer schweren psychischen Erkrankung ab.
- *Schwache Bedeutung des beruflichen Hintergrunds:* Insgesamt zeigen sich nur schwache Unterschiede zwischen den Antwortenden verschiedener Fachrichtungen.
- *Wichtige Rahmenbedingungen der Suizidhilfe:* Fast alle Ärztinnen und Ärzte, die potenziell zum Leisten von Suizidhilfe bereit sind, legen in der Befragung Wert darauf, ausreichende medizinische Sachkenntnis über die Erkrankung der suizidwilligen Person zu haben und ihr Umfeld gut zu kennen. Einer grossen Mehrheit ist es ebenfalls (eher) wichtig dass Angehörige oder andere Bezugspersonen informiert worden sind und dass der Suizid von einer Vertrauensperson begleitet wird.

## 5.5 Vorgehen bei Patientinnen und Patienten mit Suizidhelfewunsch

In diesem Abschnitt geht es um die Vorgehensweisen von an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, wenn sie mit einem Suizidhelfewunsch konfrontiert werden oder würden (falls sie diese Situation noch nie erlebt haben). Mögliche Handlungsweisen umfassen zunächst verschiedene Aspekte der Beratung sowie das Prüfen, ob die Voraussetzungen für ärztliche Suizidhilfe erfüllt sind (Abschnitt 5.5.1). Wenn letzteres gegeben ist, stehen weitere Handlungsweisen zur Disposition, wie das tatsächliche Leisten von Suizidhilfe, das Begleiten der suizidwilligen Person bis zum Tod oder das Suchen der Zusammenarbeit mit einer Suizidhilfeorganisation (Abschnitt 5.5.2). Eine Zusammenfassung beschliesst den Abschnitt.

► *Die hier berichteten Analysen leisten somit einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage 3 (persönliche Bereitschaft zur Mitwirkung). Diese Forschungsfrage wird auch in Abschnitt 5.2 bearbeitet.*

### 5.5.1 Vorgehensweise bei Suizidhelfewunsch

Den Befragungsteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: „Was würden Sie tun, wenn eine Patientin oder ein Patient mit dem Wunsch nach Suizidhilfe zu Ihnen käme?“ Es wurden sieben Verhaltensweisen vorgeschlagen, von denen die Teilnehmenden all jene markieren konnten, die für sie in Betracht kommen. Im nächsten Abschnitt werden hiervon die einzelnen Aspekte der Voraussetzungsprüfung behandelt, zunächst geht es hier um die übrigen möglichen Verhaltensweisen.

#### **Beratung, Abbringen vom Suizidwunsch, Weiterweisen an anderen Arzt**

Vorgeschlagen wurden folgende Handlungsweisen:

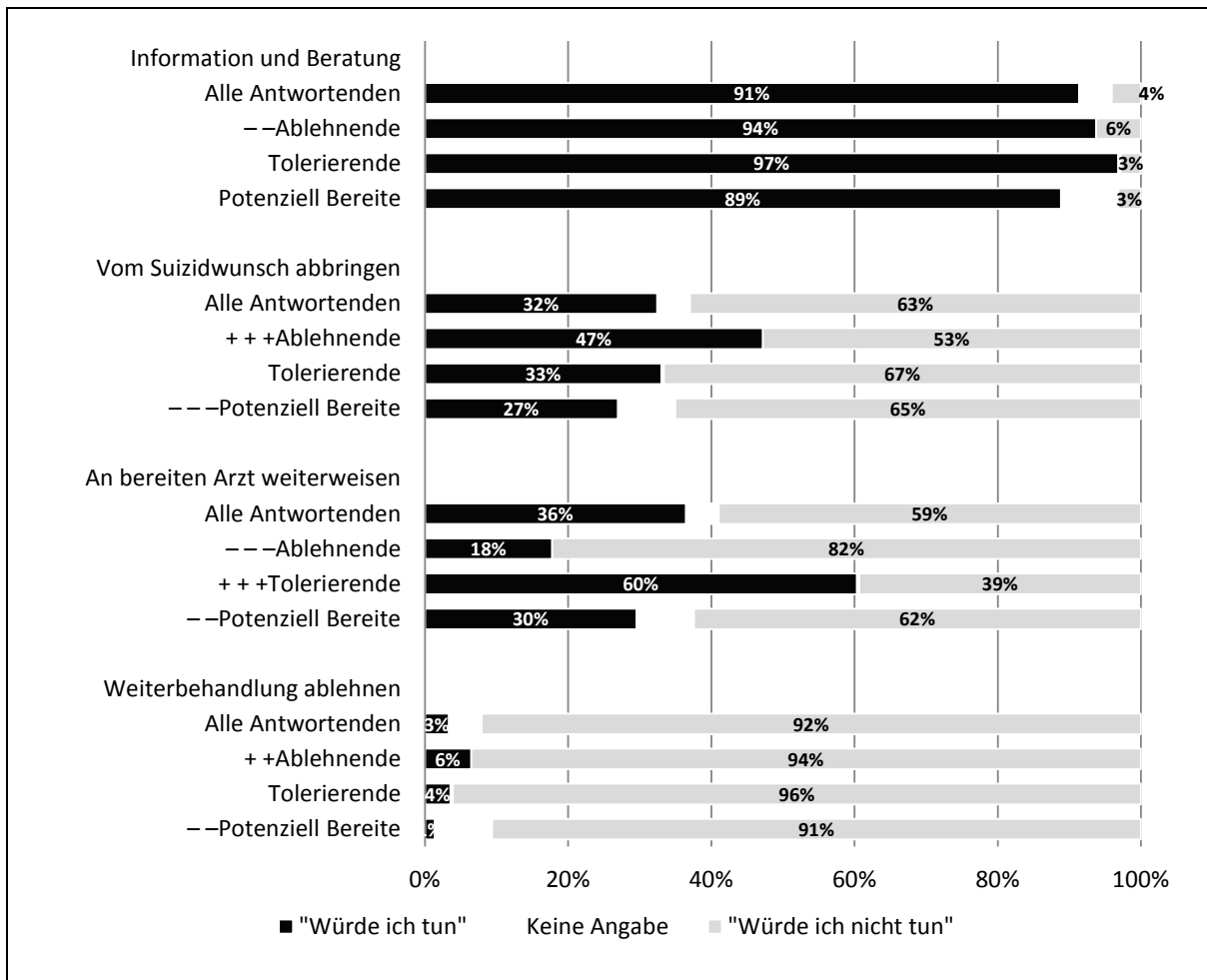
- „Die Person informieren und beraten über die Aussichten der Heilung und andere medizinische, pflegerische oder fürsorgerische Möglichkeiten, das Leiden zu vermindern.“
- „Versuchen, die Person von ihrem Suizidwunsch abzubringen.“
- „Die Person an einen Arzt weiterweisen, der möglicherweise zur Suizidhilfe bereit ist.“
- „Die Weiterbehandlung ablehnen.“

Die meisten Ärztinnen und Ärzte (91%) gaben an, Patientinnen und Patienten mit einem Suizidwunsch zu informieren und zu beraten (Abbildung 5-14). Die wenigsten Ärztinnen und Ärzte gaben umgekehrt an, sie würden (aufgrund des Wunschs nach Suizidhilfe) eine Weiterbehandlung ablehnen. Diese grosse Bereitschaft zur Information, Beratung und Aufrechterhaltung der Behandlung zeigt sich in allen Grundhaltungstypen in ähnlichem Ausmass.

Rund ein Drittel gab an, sie würden versuchen, die Person von ihrem Suizidwunsch abzubringen (32%). Diese Handlungsweise kann als härtester Test aufgefasst werden, ob der Suizidwunsch des Patienten bzw. der Patientin wohlervogen ist. Es kann aber umgekehrt aus dem niedrigen Anteil nicht geschlossen werden, dass die übrigen zwei Drittel die Wohlerwogenheit des Suizidhelfewunsches leichtfertig als gegeben annehmen. Eher deuten wir das Resultat als Ausdruck einer liberalen Grundhaltung und des Respekts vor dem Todeswunsch des als mündige Person verstandenen Patienten bzw. Patientin.

Hier zeigen sich deutlichere Unterschiede zwischen den verschiedenen Grundhaltungstypen, die in ihrer Ausprägung jedoch nicht überraschen: Von den Ärztinnen und Ärzten, die Suizidhilfe grundsätzlich ablehnen, versuchen rund die Hälfte (47%), die betroffene Person vom Suizidwunsch abzubringen. Bei Suizidhilfe tolerierenden Ärztinnen und Ärzten liegt dieser Anteil etwa im Durchschnitt aller Befragungsteilnehmenden (33%), unterdurchschnittlich ist er in der Gruppe der zur Suizidhilfe potenziell bereiten Ärztinnen und Ärzte.

Abbildung 5-14: Vorgehensweisen bei Wunsch nach Suizidhilfe



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 Antwortende (gewichtet), Antworten auf Frage 5 (Zu Gewichtung und Wortlaut vgl. Anhang 8.2). Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bezüglich des Anteils Personen der jeweiligen Gruppe, welche die jeweilige Tätigkeit ankreuzten (im Sinne von „würde ich tun“) in Bezug auf alle Antwortenden, welche an dieser Frage teilgenommen haben. Keine Angabe: Antwortender hat bei gesamter Frage nicht teilgenommen (es bestand auch die Möglichkeit „keine dieser Tätigkeiten“ anzukreuzen). Verglichen wurde jeweils die betreffende Gruppe mit allen übrigen Gruppen. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil der Gruppe, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; ++/- - :  $p < 5\%$ ; +++/- - - :  $p < 1\%$ .

Mit 36% hat gut ein Drittel angegeben, sie würden die suizidwillige Person an einen Arzt bzw. eine Ärztin weiterweisen, der bzw. die möglicherweise zur Suizidhilfe bereit ist. Der Anteil derjenigen, die diese Verhaltensweise pflegt, variiert stark mit der Grundhaltung gegenüber Suizidhilfe. Nur rund ein Fünftel (18%) der Suizidhilfe ablehnenden würde eine Suizidwillige in ihrem Wunsch durch die Weiterweisung unterstützen. Von Ärztinnen und Ärzten, die Suizidhilfe tolerieren, aber nicht selbst praktizieren, tun dies mit 60% deutlich mehr. Für diese Gruppe scheint diese Handlungsweise nachvollziehbar: Man will selbst wenig mit Suizidhilfe zu tun haben, stellt sich dem Wunsch der Person aber nicht in den Weg.

Antwortende, die potenziell zur Suizidhilfe bereit sind, gaben leicht unterdurchschnittlich oft an, Suizidwillige weiter zu weisen. Bei diesem Grundhaltungstyp ist das Weiterweisen schwieriger zu interpretieren. Weiterverweisen könnte in jenen Fällen eine Option sein, in denen man grundsätz-

lich den Suizidhelfewunsch einer Person akzeptiert, aber aufgrund der spezifischen Situation selbst nicht zur Suizidhilfe bereit ist.

### **Prüfung der standesrechtlichen Voraussetzungen für Suizidhilfe**

Die Prüfung der standesrechtlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit von Suizidhilfe umfasst die Aspekte der Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person, der Wohlerwogenheit ihres Wunsches sowie die Frage, ob die Person am Lebensende steht. Diese Kriterien wurden in folgender Formulierung zum Ankreuzen vorgeschlagen:

- „Prüfen, ob die Person urteilsfähig ist.“
- „Prüfen, ob der Wunsch wohlerwogen, dauerhaft und ohne äusseren Druck entstanden ist.“
- „Prüfen, ob die Person am Lebensende steht, d.h. der Tod erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einigen Wochen eintritt.“

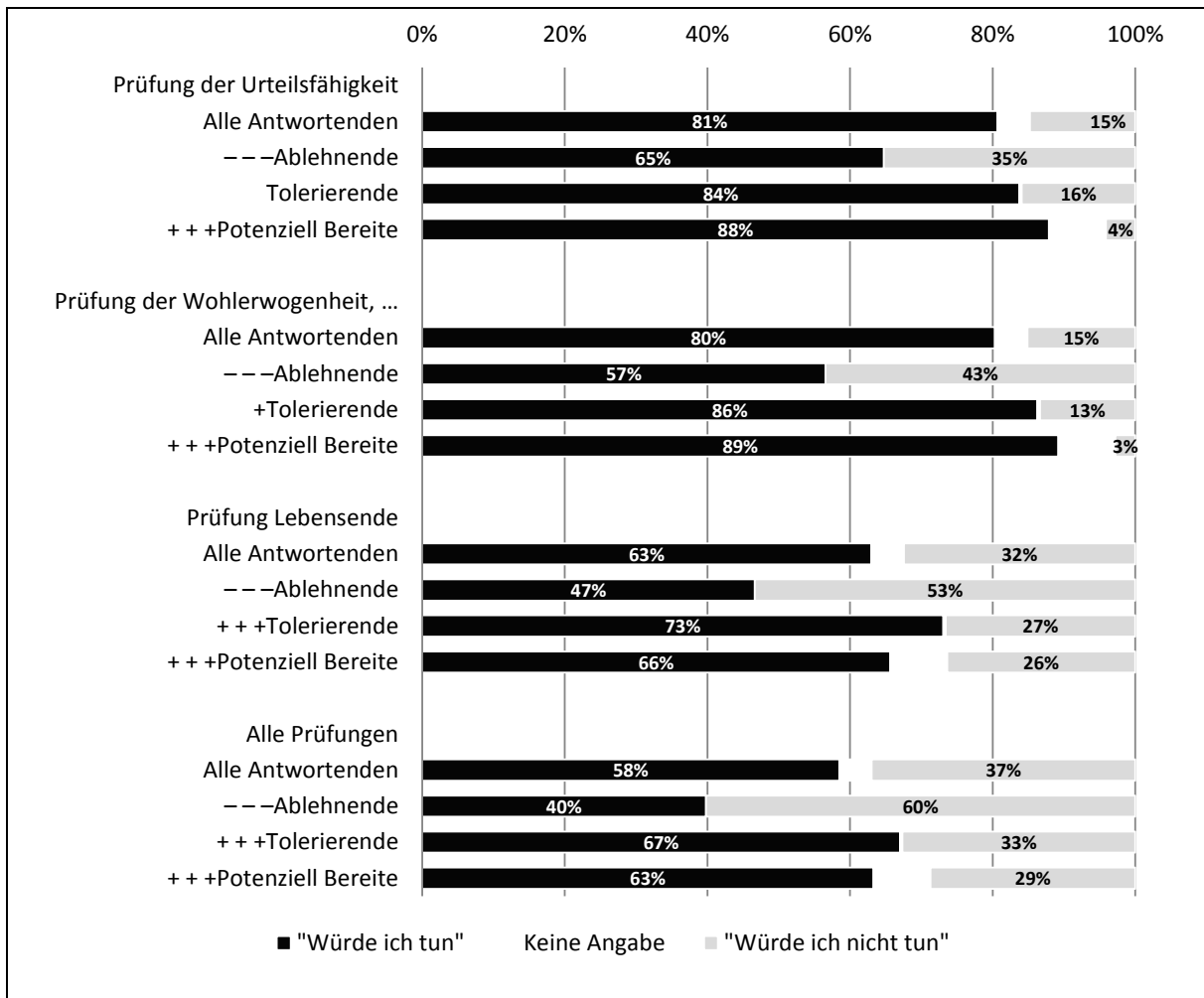
Die Antwortenden zeigten in ihren Antworten eine unterschiedliche Bereitschaft, diese verschiedenen Tätigkeiten auszuführen (Abbildung 5-15). Während rund vier Fünftel aller Antwortenden angaben, sie würden die Urteilsfähigkeit (81%) und die Wohlerwogenheit (80%) prüfen, gaben nur knapp zwei Drittel (63%) an, sie würden prüfen, ob die suizidwillige Person am Lebensende steht. Insgesamt zeigten sich 58% aller Antwortenden zur Prüfung aller drei Voraussetzungen bereit.

Unterschiede zwischen den Grundhaltungstypen bestehen, sie sind aber nicht sehr gross: So sind selbst bei den Antwortenden, welche Suizidhilfe grundsätzlich ablehnen, 40% bereit, sämtliche Voraussetzungen zu prüfen. Von jenen, die Suizidhilfe anderer Ärzte tolerieren, gaben rund zwei Drittel (67%) an, alle Voraussetzungen zu prüfen. Von jenen Ärztinnen und Ärzten, welche sich potenziell zur Suizidhilfe bereit erklären, gaben ebenfalls knapp zwei Drittel an, sämtliche Voraussetzungen zu prüfen.

Dass der Anteil in der Gruppe der potenziell Bereiten nicht höher ist, liegt vor allem daran, dass auch in dieser Gruppe nur zwei Drittel (66%) prüfen, ob das Lebensende nahe ist, während die Anteile bei den anderen Kriterien fast 90% erreichen. Es scheint somit eine Minderheit zu geben, die potenziell bereit sind, Suizidhilfe zu leisten, ohne die standesrechtlichen Kriterien vollständig zu prüfen. Diese Minderheit umfasst rund ein Drittel aller zur Suizidhilfe potenziell bereiten Ärztinnen und Ärzte, bezogen auf die Gesamtheit aller Antwortenden sind es 12%.

Wie eine ergänzende Auswertung zeigt, handelt es sich bei dieser Minderheit wenig überraschend vor allem um Ärztinnen und Ärzte, welche Suizidhilfe nicht nur am Lebensende, sondern auch in anderen Situationen grundsätzlich für vertretbar halten. Dies gilt tendenziell auch in der Gruppe der Suizidhilfe tolerierenden Ärztinnen und Ärzte. Während in diesen Gruppen der Verzicht auf die Prüfung somit vor allem mit einer Kritik am Kriterium des Lebensendes einher gehen dürfte, das als zu restriktiv beurteilt wird, ist in der Gruppe der Suizidhilfe ablehnenden Ärztinnen und Ärzte wohl ihre grundsätzlich kritische Haltung die Ursache dafür, dass für sie die Prüfung der Voraussetzungen für Suizidhilfe nicht in Betracht kommt.

Abbildung 5-15: Vorgehensweisen bei Wunsch nach Suizidhilfe - Voraussetzungsprüfung



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 Antwortende (gewichtet), Antworten auf Frage 5 (Zu Gewichtung und Wortlaut vgl. Anhang 8.2). Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bezüglich des Anteils Personen der jeweiligen Gruppe, welche die jeweilige Tätigkeit ankreuzten (im Sinne von „würde ich tun“) in Bezug auf alle Antwortenden, welche an dieser Frage teilgenommen haben. Keine Angabe: Antwortender hat bei gesamter Frage nicht teilgenommen (es bestand auch die Möglichkeit „keine dieser Tätigkeiten“ anzukreuzen). Verglichen wurde jeweils die betreffende Gruppe mit allen übrigen Gruppen. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil der Gruppe, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; ++/- - :  $p < 5\%$ ; +++/- - - :  $p < 1\%$ .

Der Anteil Ärztinnen und Ärzte, die angeben, alle Voraussetzungen zu prüfen, schwankt leicht mit der Fachdisziplin. Am höchsten ist er unter den Ärztinnen und Ärzten mit Schwerpunkt Geriatrie (70%), am tiefsten bei den Hausärztinnen und Hausärzten (56%); angesichts der teils tiefen Fallzahlen in den Disziplinen, sind die Unterschiede jedoch mit grosser Zurückhaltung zu interpretieren.

Auch mit den bereits bestehenden Erfahrungen mit Suizidhelfewünschen gibt es gewisse Zusammenhänge: Unter den Antwortenden, die Suizidhilfe schon geprüft, aber noch nie geleistet haben, ist der Anteil jener, die angeben, sie würden alle Voraussetzungen prüfen, mit 69% höher als unter denjenigen, die Suizidhilfe auch schon geleistet haben. Unter letzteren liegt der Anteil nur bei gut der Hälfte (52%); auch in dieser Untergruppe übergehen die meisten Ärztinnen und Ärzte, die nicht alle Kriterien prüfen, das Kriterium des nahen Lebensendes.

### 5.5.2 Vorgehen, wenn Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind

„Was würden Sie tun, wenn sich die Bedingungen für Suizidhilfe in einem konkreten Fall als erfüllt erweisen?“ All jenen, die Fälle für vorstellbar erachten, in denen die Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind, wurden sechs Handlungen vorgeschlagen, die in dieser Situation ausgeführt werden könnten. Sie wurden gebeten, die für sie in dieser Situation in Betracht kommenden Handlungen anzukreuzen. In diesem Abschnitt wird zunächst dargestellt, inwieweit für die Befragungsteilnehmenden das Leisten von Suizidhilfe im rechtlichen Sinne in Betracht kommt. Danach geht es um andere mögliche Handlungsweisen in dieser Situation.

Die Frage wurde nur von jenen beantwortet, für die Fälle vorstellbar sind, in denen sie die Bedingungen für Suizidhilfe als erfüllt erachten. Mindestens eine Antwortmöglichkeit markiert haben dabei 1026 Teilnehmende. Nicht geantwortet haben 295, wovon 20 allerdings schon bei Frage fünf nicht geantwortet haben. Somit kann davon ausgegangen werden, dass rund vier Fünftel der Antwortenden (79%) sich Fälle vorstellen können, in denen die Bedingungen für Suizidhilfe erfüllt sind. Wie die Aufschlüsselung nach den Grundhaltungstypen zeigt, sind darunter auch Antwortende, die Suizidhilfe grundsätzlich ablehnen.

#### Leisten von Suizidhilfe im rechtlichen Sinne

Zur Suizidhilfe im rechtlichen Sinne zählt es insbesondere, der suizidwilligen Person das Rezept für ein todbringendes Medikament auszustellen oder das Medikament selbst auszuhändigen. Ebenfalls als Suizidhilfe kann das Mitwirken bei den Vorbereitungen zum Suizid bezeichnet werden (vgl. Kapitel 2.1). Folgende Handlungsoptionen wurden vorgeschlagen:

- „Das Rezept für ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung ausstellen oder aushändigen.“
- „Beim Vorbereiten des Suizids mitwirken, z.B. durch Legen oder Belassen einer Infusionskanüle oder durch eine konkrete Anleitung zum Suizid.“

#### *Alle Antwortenden und Vergleich der Grundhaltungstypen*

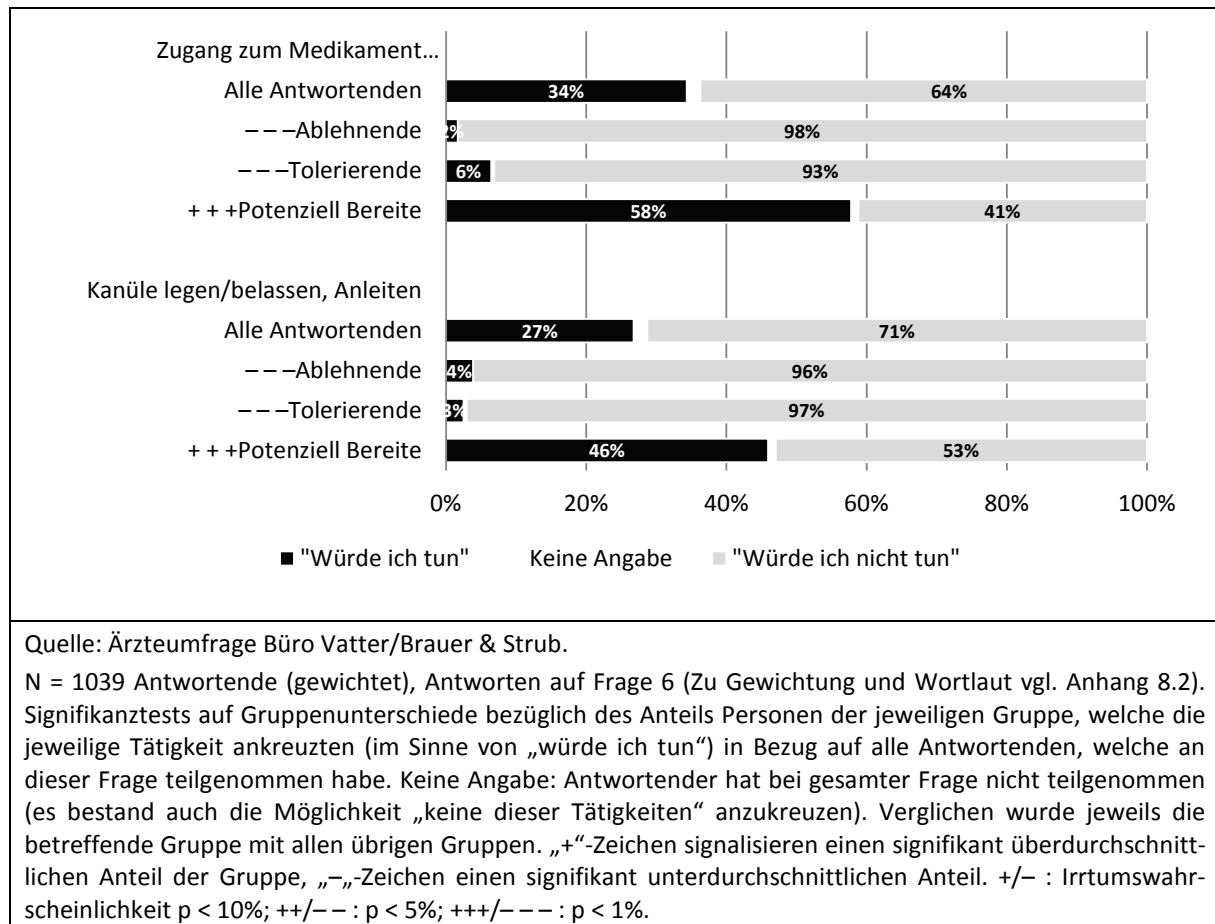
Von den Antwortenden, die sich Fälle vorstellen können, in denen die Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind, kommt es für 34% in Betracht, der suizidwilligen Person den Zugang zum todbringenden Medikament zu verschaffen (Abbildung 5-16). Das entspricht gut einem Viertel aller Antwortenden (27%).

Der Vergleich der Grundhaltungstypen zeigt wenig überraschend, dass nur vereinzelte Antwortende (2), welche die Suizidhilfe grundsätzlich ablehnen, den Zugang zu einem tödlichen Medikament ermöglichen würden. Auch von den Suizidhilfe Tolerierenden sind es mit 6% nur wenige. Eher überraschend würden auch von jenen, die sich potentiell zum Leisten von Suizidhilfe bereit erklärten, nur etwas mehr als die Hälfte diese Form der Suizidhilfe tatsächlich leisten (58%). Wir gehen den möglichen Ursachen dieses eher tiefen Anteils weiter unten nach.

Ein ähnliches Bild ergibt sich auch bei der zweiten abgefragten Tätigkeit, die ebenfalls als Suizidhilfe im rechtlichen Sinne zu betrachten ist: Sie kommt für 27% der Teilnehmenden, die diese Frage beantwortet haben, in Betracht. Bezogen auf alle Antwortenden sind es 21%. Von den Grundhaltungstypen der Ablehnenden und den Tolerierenden sind kaum Antwortende bereit,

beim Patienten bzw. bei der Patientin im Hinblick auf einen beabsichtigten Suizid eine Kanüle zu legen oder zu belassen oder eine Anleitung zum Suizid zu geben. Von den potenziell Bereiten ist es etwas weniger als die Hälfte (46%).

**Abbildung 5-16:** Wenn Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind: Suizidhilfe leisten



### Fachdisziplinen

Hinsichtlich der Bereitschaft, den Zugang zum tödlichen Medikament zu verschaffen, zeigen sich teils deutliche Unterschiede zwischen den Fachdisziplinen. Am grössten und signifikant überdurchschnittlich ist sie bei Hausärztinnen und Hausärzten (Anteil von 43%), am tiefsten (und ebenfalls signifikant unterdurchschnittlich) ist der Anteil unter den Antwortenden mit Schwerpunkt Geriatrie (17%). Ebenfalls signifikant unterdurchschnittlich ist der Anteil unter den Psychiaterinnen und Psychiatern (26%). Auch unter den Onkologinnen und Onkologen ist der Anteil unterdurchschnittlich (aber nicht signifikant vom Anteil aller übrigen Antwortenden verschieden). Auch die anderen Tätigkeiten, die als Suizidhilfe zu betrachten sind, kommen unter den Vertreterinnen und Vertretern der Psychiatrie, der Onkologie und der Geriatrie unterdurchschnittlich oft in Betracht. Der Anteil unter den Hausärztinnen und Hausärzten weicht nicht auffällig vom Durchschnitt ab, dafür zeigten sich Vertreterinnen und Vertreter der übrigen Disziplinen überdurchschnittlich häufig dazu bereit.

### *Erfahrung*

Die bereits gemachten Erfahrungen mit Suizidhelfewünschen hängen wenig überraschend mit der Bereitschaft zur Suizidhilfe stark zusammen. Von den Ärztinnen und Ärzten, welche noch nie mit einem Suizidhelfewunsch konfrontiert worden sind, oder einen solchen noch nie geprüft haben, zeigt sich ein leicht unterdurchschnittlicher Anteil bereit, der suizidwilligen Person Zugang zu einem todbringenden Medikament zu verschaffen. Unter den Antwortenden, welche schon Suizidhilfe geleistet haben, ist der Anteil mit 75% deutlich überdurchschnittlich. Eher etwas überraschend ist auch hier, dass immer rund ein Fünftel (22%) der Antwortenden dieser Gruppe angaben, diese Handlung komme für sie nicht in Betracht (vgl. zu möglichen Gründen weiter unten). Bei anderen Formen der Suizidhilfe sind die Unterschiede zwischen den Gruppen deutlich weniger markant. So kommen solche Aktivitäten auch unter den Ärztinnen und Ärzten, welche angaben, schon Suizidhilfe geleistet zu haben, nur für 42% in Betracht.

### **Andere Handlungsweisen**

Nachfolgend wird über weitere in Betracht kommende Handlungsweisen berichtet, wenn ein Arzt oder eine Ärztin die Voraussetzungen für Suizidhilfe als erfüllt erachtet.

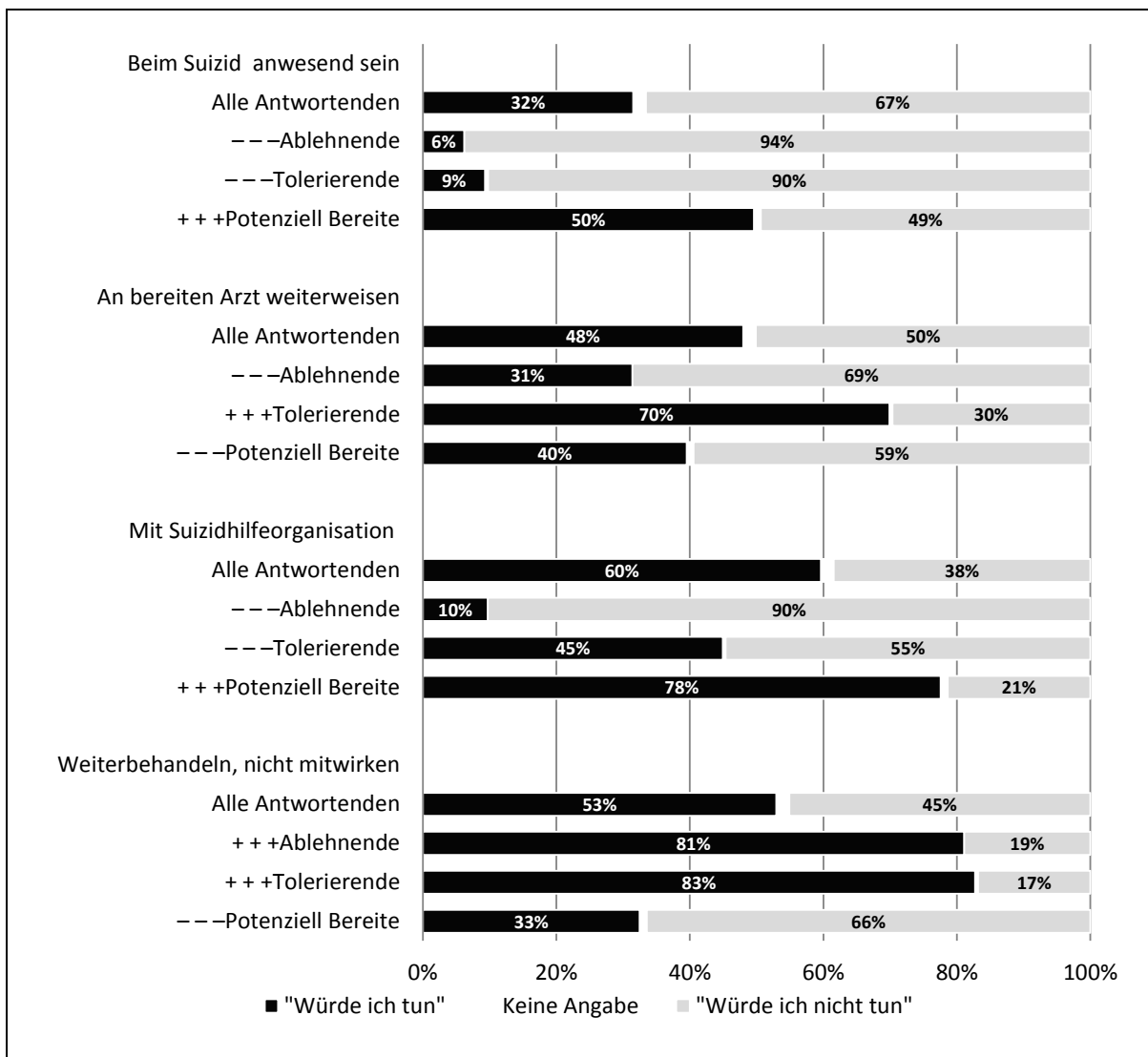
### *Alle Antwortenden und Vergleich der Grundhaltungstypen*

Die Bereitschaft, beim Suizid bis zum Eintreten des Todes anwesend zu sein, ist ähnlich wie bei den Handlungen, die im rechtlichen Sinne als Suizidhilfe verstanden werden (Abbildung 5-17): Diese Handlungsweise kommt mit 32% für knapp ein Drittel der Teilnehmenden an dieser Frage in Betracht (gesamthaft: 25%). Auch hierzu sind nur wenige Antwortende, die Suizidhilfe ablehnen oder tolerieren, bereit. Von den zur Suizidhilfe potenziell Bereiten ist es die Hälfte (50%).

Knapp die Hälfte der Befragungsteilnehmenden gab an, sie würden die Person an einen anderen Arzt bzw. eine Ärztin weiterweisen, der bzw. die möglicherweise zur Suizidhilfe bereit sei. Hierzu ist ein Drittel vom Grundhaltungstyp der Ablehnenden bereit sowie eine deutliche Mehrheit der Tolerierenden. Für 40% der potenziell zur Suizidhilfe bereiten Ärztinnen und Ärzte kommt diese Tätigkeit ebenfalls in Betracht.



Abbildung 5-17: Wenn Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind: Andere Handlungen



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1039 Antwortende (gewichtet), Antworten auf Frage 6 (Zu Gewichtung und Wortlaut vgl. Anhang 8.2). Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bezüglich des Anteils Personen der jeweiligen Gruppe, welche die jeweilige Tätigkeit ankreuzten (im Sinne von „würde ich tun“) in Bezug auf alle Antwortenden, welche an dieser Frage teilgenommen haben. Keine Angabe: Antwortender hat bei gesamter Frage nicht teilgenommen (es bestand auch die Möglichkeit „keine dieser Tätigkeiten“ anzukreuzen). Verglichen wurde jeweils die betreffende Gruppe mit allen übrigen Gruppen. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil der Gruppe, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; ++/- - :  $p < 5\%$ ; +++/- - - :  $p < 1\%$ .

Mit einer Suizidhilfeorganisation zusammenzuarbeiten, kommt für die meisten Ablehnenden nicht in Frage und würde von knapp der Hälfte der Tolerierenden und der grossen Mehrheit der potenziell Bereiten gemacht. Schliesslich würden rund vier Fünftel der Ablehnenden und Tolerierenden zwar nicht am Suizid mitwirken, aber die Person trotzdem weiter behandeln. Der Anteil von 33% der potenziell zur Suizidhilfe Bereiten, die am Suizid nicht mitwirken wollen, ist bemerkenswert.

### *Fachdisziplinen*

Auch hinsichtlich der besonders interessierenden Fachdisziplin zeigen sich bei diesen anderen Tätigkeiten gewisse Auffälligkeiten. Unter den Hausärztinnen und Hausärzten ist der Anteil, der zur Unterstützung suizidwilliger Personen bereit ist, tendenziell überdurchschnittlich. So kommt es bei unterdurchschnittlich vielen Hausärztinnen und Hausärzten in Betracht, dass sie Patientinnen und Patienten an einen anderen Arzt bzw. eine andere Ärztin weiterweisen, sie sind dafür überdurchschnittlich oft zur Zusammenarbeit mit einer Suizidhilfeorganisation bereit.

Eher eine unterdurchschnittliche Unterstützungsbereitschaft beim Suizid zeigt sich unter den Antwortenden aus der Psychiatrie und der Psychotherapie, der Onkologie und der Geriatrie. In all diesen Disziplinen gab ein überdurchschnittlicher Anteil Antwortender an, sie würden den Patienten bzw. die Patientin zwar weiterbehandeln, aber am Suizid nicht mitwirken. Dies gilt auch für die Vertreterinnen und Vertreter der Onkologie, unter denen ausserdem die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Suizidhilfeorganisationen und zum Begleiten des Suizids unterdurchschnittlich ist. Onkologinnen und Onkologen sowie Antwortende mit Schwerpunkt Geriatrie zeigten sich ausserdem unterdurchschnittlich oft bereit, beim Suizid anwesend zu sein, unter den Onkologinnen und Onkologen kommt es ausserdem unterdurchschnittlich oft in Betracht, mit einer Suizidhilfeorganisation zusammenzuarbeiten.

### *Erfahrung*

Wenig überraschend zeigt sich unter den Antwortenden, die angaben, schon Suizidhilfe geleistet zu haben, eine erhöhte Bereitschaft zu Tätigkeiten, welche die suizidwillige Person bei der Realisierung ihres Wunsches unterstützen. Am deutlichsten zeigt sich dies bei der anteilmässig hohen Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit einer Suizidhilfeorganisation (84%) und dem unterschiedlichen Anteil Antwortender dieser Gruppe, für die ein Mitwirken am Suizid nicht in Betracht kommt; mit 30% ist dieser aber immer noch beachtlich (für Erklärungsversuche vgl. nachfolgend).

Wer noch keine Erfahrung mit dem Wunsch nach Suizidhilfe gemacht hat, weicht jeweils nur schwach oder gar nicht signifikant vom Durchschnitt ab. Leicht überdurchschnittlich ist die Neigung, die suizidwillige Person an einen anderen Arzt bzw. eine andere Ärztin weiterzuweisen; leicht unterdurchschnittlich ist die Bereitschaft zu einer Zusammenarbeit mit Suizidhilfeorganisationen. Letzteres gilt auch für Antwortende, die den Wunsch zwar schon erlebt haben, aber die Voraussetzungen noch nie geprüft haben.

Unter den Ärztinnen und Ärzten, die schon mindestens einmal einen Suizidhilfewunsch geprüft haben, aber Suizidhilfe selbst noch nie geleistet haben, kommen überdurchschnittlich oft sowohl das Weiterweisen an einen möglicherweise bereiten Arzt bzw. eine bereite Ärztin als auch die Zusammenarbeit mit Suizidhilfeorganisationen in Betracht. Gleichzeitig ist auch der Anteil Antwortender, die angaben, beim Suizid nicht mitzuwirken, klar höher als in den anderen Gruppen (65%). Somit scheint eine klare Mehrheit dieser Gruppe eher aus grundsätzlichen Gründen bisher auf das Leisten von Suizidhilfe verzichtet zu haben, und weniger aufgrund der konkreten Umstände im Einzelfall.

## Zur festgestellten Diskrepanz hinsichtlich der Bereitschaft zur Suizidhilfe

Wie die obigen Befunde zeigen, gibt es unter den Ärztinnen und Ärzten eine zahlenmässig bedeutende Minderheit im Typ der potenziell Bereiten, die sich im konkreten Fall von der konkreten Suizidhilfe distanzieren (ähnlich auch unter den Antwortenden, welche angeben, schon Suizidhilfe geleistet zu haben). So haben von den 570 Personen dieses Typs, welche die Frage beantwortet haben, rund ein Drittel beide Suizidhilfetätigkeiten im rechtlichen Sinne (1. Verschreiben oder Aushändigen eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung; 2. Mitwirkung bei der Vorbereitung des Suizids (Infusionskanüle; Anleitung)) angekreuzt, rund ein Drittel nur eine der beiden Tätigkeiten und das letzte Drittel keine. Zur Suizidhilfe im rechtlichen Sinne bereit scheinen somit nur jene zwei Drittel dieser Gruppe zu sein, welche mindestens eine dieser beiden Tätigkeiten markiert haben. *Bezogen auf die Gesamtheit der Antwortenden sind somit gemäss dieser Frage 29% zur Suizidhilfe bereit, während dem Grundhaltungstyp der potenziell Bereiten 43% der Antwortenden zugeordnet werden konnten* (vgl. Abschnitt 5.2.3). Diese Differenz ist statistisch signifikant, kann also nicht als Zufallsergebnis der hier gezogenen Stichprobe betrachtet werden. Nachfolgend wird drei möglichen Gründen für diese Diskrepanz zwischen potenzieller Bereitschaft und der hier tieferen Bereitschaft nachgegangen.

Im Zusammenhang mit dieser Minderheit ist erstens daran zu erinnern, dass der *Typus der potenziell Bereiten relativ offen* konstruiert wurde, indem auch jene Antwortenden hier zugeordnet wurden, die sich nur „eher“ zur Suizidhilfe bereit bekannten. Diese Tatsache kann einen Teil der Diskrepanz erklären: Von jenen Antwortenden, die sich nicht „eher“, sondern überzeugt zur Suizidhilfe bekennen, ist der Anteil der Personen, welche sich von der Suizidhilfe im rechtlichen Sinne distanzieren, bei den einschlägigen Fragen etwas kleiner. Er ist aber immer noch nicht vernachlässigbar: Es kreuzten zwar nicht ein Drittel, doch immer noch etwa 20% dieser Antwortenden keine Suizidhilfetätigkeit im rechtlichen Sinne an.

Die Minderheit potenziell Bereiter, für die keine Suizidhilfe im rechtlichen Sinne in Betracht kommt, könnte zweitens darauf hindeuten, dass unter der in der Stichprobe untersuchten Ärzteschaft *unterschiedliche Begriffsverständnisse* davon bestehen, was Suizidhilfe ist. Es gibt in den Daten Hinweise, dass dies zutrifft:

- Fasst man das Begleiten des bzw. der Suizidenten bis zum Tod ebenfalls als Suizidhilfe auf (was rechtlich eher nicht zutrifft: vgl. Kapitel 2.1), so reduziert sich der Anteil der Antwortenden, die keine dieser Tätigkeiten zu leisten bereit sind, insgesamt auf ein Viertel derjenigen, die sich potenziell zur Suizidhilfe bekennen.
- Es ist darüber hinausgehend gut vorstellbar, dass eine Person, die die rechtliche Situation nicht genau kennt, auch weitere Handlungen als Suizidhilfe auffasst – in dem Sinne, dass der Suizid der Person zwar nicht direkt unterstützt wird, aber der suizidwilligen Person Möglichkeiten gezeigt werden, ihren Wunsch zu verwirklichen. Zu diesen Handlungen kann das Weiterweisen an einen möglicherweise zur Suizidhilfe bereiten Arzt bzw. bereite Ärztin oder die Zusammenarbeit mit einer Suizidhilfeorganisation zählen. Fasst man auch diese Tätigkeiten als Suizidhilfe auf, so reduziert sich der Anteil unter den potenziell Bereiten, für die keine dieser Tätigkeiten in Betracht kommt, auf 2 Prozent (9 Antwortende). In einem qualitativen Interview, das im ersten Studienteil durchgeführt wurde, gab es zudem eine begriffliche Unschärfe zwischen Suizidhilfe und direkter, aktiver Sterbehilfe (vgl. Kapitel 4.2). So wurde in dem Interview sowohl das Verabreichen eines tödlichen

Medikaments als auch das Bereitstellen dieses Medikaments auf dem Nachttisch gleichermassen als Suizidhilfe bezeichnet.

Eher gegen die These des unterschiedlichen Begriffsverständnisses spricht jedoch, dass die Frage nach der grundsätzlichen Bereitschaft (Frage 3 des Fragebogens) die medikamentöse Suizidhilfe explizit in den Vordergrund rückte und erklärt wird: „Sind für Sie Situationen denkbar, in denen Sie persönlich als Ärztin oder Arzt bereit wären, einer urteilsfähigen Person auf Verlangen ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung zu verschreiben oder auszuhändigen?“ Diese Formulierung lässt eigentlich keinen Spielraum für Missverständnisse.

Ein dritter möglicher Grund für die Diskrepanz könnte sein, dass sich die Antwortenden aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen *unterschiedliche Situationen* vorstellten. Der Formulierung in Frage 3 „Sind für Sie Situationen denkbar...“, kann im Prinzip auch zustimmen, wer „im Normalfall“ nicht zur Suizidhilfe bereit ist, dies aber für den Fall einer wie auch immer gearteten Extremsituation nicht ausschliessen will (z.B. wenn der Verweis an einen anderen Arzt innert nützlicher Frist nicht möglich oder zumutbar ist). Der Kontext der Fragen 5 und 6 unterstellt demgegenüber möglicherweise im Auge der Antwortenden eher den Normalfall. Allenfalls will man auch keinen Automatismus walten lassen, dass man bei Erfüllung der Bedingungen von Suizidhilfe direkt diese zu leisten bereit sein möchte. Inwieweit diese dritte These zutrifft, lässt sich jedoch nicht anhand vertiefter Analysen untersuchen.

Wie gesehen, gibt es auch bei den Antwortenden, welche angaben, schon Suizidhilfe geleistet zu haben, eine Minderheit, welche zur Suizidhilfe im rechtlichen Sinne nicht bereit scheint. Als Ursachen lassen sich auch hier die zweite und dritte Erklärung vermuten. Eine weitere Erklärung wäre, dass diese Personen seit Ausüben der Suizidhilfe ihre Haltung verändert haben und nun zu dieser Tätigkeit nicht mehr bereit sind.

Diese Überlegungen und Hinweise zur festgestellten Diskrepanz bezüglich der Bereitschaft lassen sich wie folgt zusammenfassen: Im Typus der potenziell zur Suizidhilfe bereiten Antwortenden gibt es hinsichtlich der tatsächlichen Bereitschaft zur Suizidhilfe graduelle Unterschiede. Eine Minderheit von diesen möchte Suizidhilfe nicht ausschliessen, ist aber im Normalfall trotz Erfüllung der rechtlichen Voraussetzungen dazu nicht bereit. Wir vermuten somit, dass für eine Minderheit von rund einem Drittel der potenziell zur Suizidhilfe bereiten Ärztinnen und Ärzte das tatsächliche Leisten von Suizidhilfe ein Notfallszenario darstellt: Sie wollen es nicht kategorisch ausschliessen, möchten es aber wenn immer möglich vermeiden.

### 5.5.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend können zur Frage, wie Ärztinnen und Ärzte mit einem ernsthaften Suizidhilfewunsch umgehen (würden), folgende Hauptbefunde festgehalten werden:

- *Information und Beratung:* Fast alle an der Studie teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zeigen sich bereit, eine Person, die einen ernsthaften Suizidhilfewunsch ausgesprochen hat, weiter zu behandeln, sie zu beraten und zu informieren. Auch von jenen, die Suizidhilfe ablehnen, äusserten mehr als neun von zehn diese Bereitschaft. Ob eine Person an einen anderen, evtl. zur Suizidhilfe bereiten Arzt oder bereite Ärztin weitergeleitet wird, hängt stark von der Grundhaltung ab. Von jenen, die Suizidhilfe ablehnen, würde dies nur jeder

Fünfte tun, von denjenigen, die Suizidhilfe tolerieren, aber nicht selbst leisten wollen, wären es sechs von zehn.

- *Prüfung der standesrechtlichen Voraussetzungen:* Rund vier Fünftel der Teilnehmenden zeigten sich bereit, die Urteilsfähigkeit des Patienten und die Wohlerwogenheit des Suizidhilfe-wunschs zu prüfen. Nur für knapp zwei Drittel kommt auch die Prüfung in Betracht, ob die suizidwillige Person nahe am Lebensende steht. Die vollständige Prüfung aller drei Voraussetzungen inklusive des Lebensende-Kriteriums kommt auch für fast ein Drittel jener Antwortenden nicht in Betracht, die sich potenziell zur Suizidhilfe bereit erklärt haben.
- *Leisten von Suizidhilfe:* Rund vier Fünftel der Antwortenden können sich Fälle vorstellen, in denen die Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind. Etwa für ein Drittel davon (oder für ein Viertel aller Antwortenden) kommt es in Betracht, unter diesen Umständen der suizidwilligen Person ein tödliches Medikament zu verschreiben oder auszuhändigen (leicht niedriger ist die Bereitschaft zu Vorbereitungs-handlungen wie dem Stecken oder Belassen einer Kanüle oder der Anleitung zum Suizid). Dieser Anteil ist deutlich tiefer als die weiter vorne angegebene potenzielle Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten. Wir vermuten deshalb, dass für eine Minderheit von rund einem Drittel der potenziell zur Suizidhilfe Bereiten das tatsächliche Leisten von Suizidhilfe ein ultima ratio-Szenario darstellt: Sie wollen es nicht kategorisch ausschliessen, möchten aber einen Automatismus vermeiden, auch wenn die Voraussetzungen für Suizidhilfe objektiv betrachtet erfüllt sind.
- *Andere Handlungen, wenn Voraussetzungen erfüllt:* Rund die Hälfte der Befragungsteilnehmenden gab an, in keiner Weise am Suizid mitzuwirken, aber die suizidwillige Person weiter zu behandeln. Rund ein Drittel zeigte sich bereit, beim Suizid bis zum Eintreten des Todes anwesend zu sein, für rund die Hälfte kommt es in Betracht, die suizidwillige Person an einen anderen, möglicherweise zur Suizidhilfe bereite Ärztin oder bereiten Arzt weiterzuweisen. Für sechs von zehn Antwortenden kommt die Zusammenarbeit mit einer Suizidhilfeorganisation in Betracht.

## 5.6 Standesrechtliche Regelung der Suizidhilfe

Während bis hier Erfahrungen und Grundhaltungen der Ärztinnen und Ärzte zur Suizidhilfe an sich zur Debatte standen, geht es in diesem Abschnitt um die Frage, welche Haltungen die Befragungsteilnehmenden zur standesrechtlichen Regelung der Suizidhilfe einnehmen. Dabei geht es zunächst um die Frage, welche Rolle die Ärzteschaft bezüglich der Suizidhilfe einnehmen sollte, oder genauer: Welche Tätigkeiten im Zusammenhang mit Suizidhilfe als freiwillige oder sogar obligatorische ärztliche Aufgabe aufgefasst werden sollten (Abschnitt 5.6.1). Danach wird darüber berichtet, wie die Teilnehmenden die aktuellen standesrechtlichen Voraussetzungen der Suizidhilfe einschätzen (Abschnitt 5.6.2). Eine Zusammenfassung (Abschnitt 5.6.3) beschliesst den Abschnitt.

► *Die hier berichteten Analysen leisten somit einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfragen 2 (Angemessene Rolle der Ärzteschaft) und 5 (Regelungen).*

### 5.6.1 Ärztliche Aufgaben

Den Teilnehmenden wurden folgende vier Tätigkeiten im Zusammenhang mit Suizidhilfe vorgelegt:

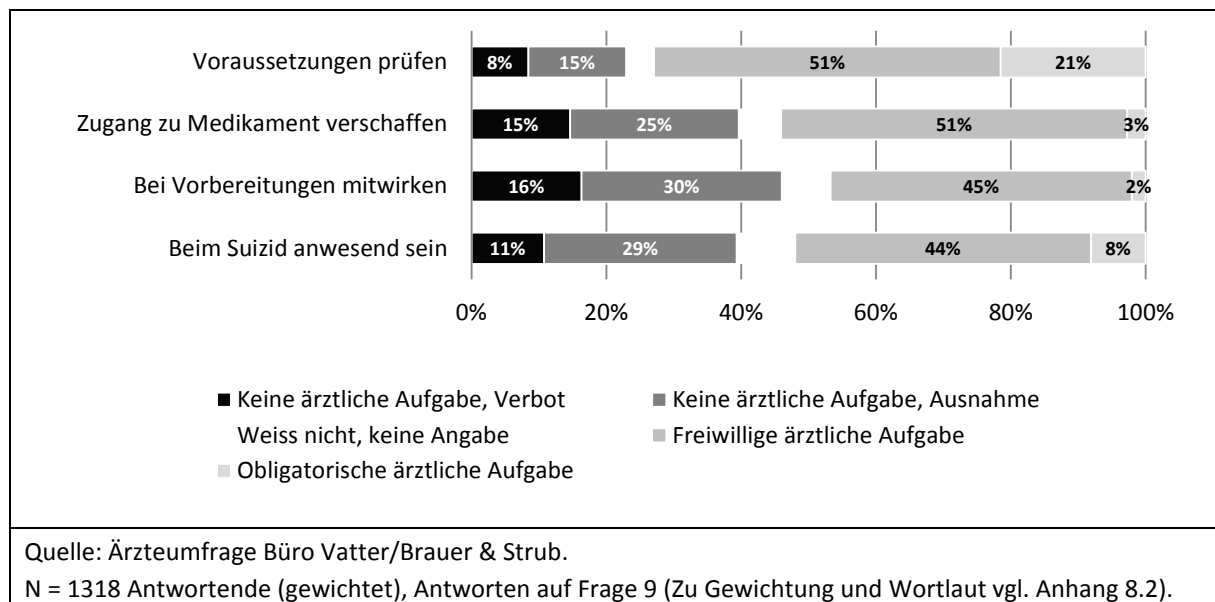
- „Prüfen, ob die Voraussetzungen für ärztliche Suizidhilfe erfüllt sind“
- „Das Rezept für ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung ausstellen oder entsprechendes Medikament aushändigen“
- „Beim Vorbereiten des Suizids mitwirken, z.B. durch Legen oder Belassen einer Infusionskanüle oder durch eine konkrete Anleitung zum Suizid“
- „Beim Suizid bis zum Eintreten des Todes anwesend sein“

Für jede dieser Tätigkeiten konnten die Teilnehmenden angeben, welchen Status sie haben sollte. Dabei standen vier Alternativen zur Auswahl:

- „Keine ärztliche Aufgabe und für Ärzte verboten“
- „Keine ärztliche Aufgabe, aber im Ausnahmefall als Gewissensentscheid zulässig“
- „Eine ärztliche Aufgabe, die ein Arzt freiwillig anbieten kann“
- „Eine ärztliche Aufgabe, zu der ein Arzt verpflichtet ist“

Das aktuell geltende Ständesrecht äussert sich nur bezüglich jener Aktivitäten, die im rechtlichen Sinne als Suizidhilfe taxiert werden können (Zugang zum Medikament, Vorbereitungshandlungen). Diese gelten nicht als ärztliche Aufgabe, sind aber im Ausnahmefall als persönlicher Gewissensentscheid zulässig (vgl. Kapitel 2.1).

Abbildung 5-18: Erwünschter Status von Tätigkeiten im Zusammenhang mit Suizidhilfe



Insgesamt kann für alle vier Tätigkeiten festgehalten werden, dass eine deutliche Mehrheit der Antwortenden zu einer „mittleren Lösung“ tendiert, das heisst, weder ein Verbot noch eine Verpflichtung der Ärzteschaft zu dieser Tätigkeit befürwortet (Abbildung 5-18). Festzuhalten ist auch, dass ein Anteil von bis zu 9% die Frage nicht beantwortet hat.

Die Prüfung der Voraussetzungen für Suizidhilfe sieht eine klare Mehrheit der Antwortenden als ärztliche Aufgabe: Rund die Hälfte (51%) finden, diese sollte freiwillig erbracht werden können; rund ein Fünftel will die Ärztinnen und Ärzte sogar dazu verpflichten, die Voraussetzungen zu prüfen. Nicht als ärztliche Aufgabe, aber im Ausnahmefall als Gewissensentscheid sollen Ärztinnen und Ärzte dies nach Ansicht von weiteren 15% tun können, während 8% sich für ein Verbot ausgesprochen haben.

Ähnlich sind die Muster für jene beiden Tätigkeiten, die aus rechtlicher Sicht als Suizidhilfe taxiert werden (Zugang zum Medikament, Vorbereitungshandlungen zum Suizid). Es gibt kaum Antwortende, die diese Tätigkeiten sämtlichen Ärztinnen und Ärzten vorschreiben wollen, aber (bei den Vorbereitungshandlungen knapp) die Hälfte wünscht sich bei diesen Tätigkeiten eine Aufwertung gegenüber den aktuellen standesrechtlichen Vorgaben hin zu einer freiwilligen Tätigkeit. Dass rund die Hälfte der Antwortenden die Suizidhilfe als ärztliche Aufgabe sehen, ist im Vergleich zur Befragung von Pfister/Biller-Adorno (2010a, b), die 2008 durchgeführt wurde, ein deutlich höherer Wert, auch wenn die Fragestellungen nicht ganz identisch sind.<sup>40</sup> Gut ein Viertel der Antwortenden plädiert für den Status quo der Gewissenslösung. Rund jeder und jede sechste Antwortende spricht sich entgegen der aktuellen Regelung für ein Verbot aus (Zugang zu Medikament: 15%). Damit ist die Gruppe jener, die sich ein klares Verbot wünschen, etwas kleiner als jene, welche grundsätzlich die Grundhaltung vertreten, dass Ärztinnen und Ärzte keine Suizidhilfe leisten „sollten“ (vgl. Abschnitt 5.2.1). Diese Haltung nehmen 22% der Antwortenden ein.

Ähnlich sind die Anteilswerte auch für die Begleitung eines Suizidenten bis zum Eintreten des Todes, wobei sich grob zusammengefasst je ein Zehntel der Antwortenden für ein Verbot oder ein Obligatorium aussprechen.

Zusätzlich wurde ausgewertet, welcher Anteil der Antwortenden sich jeweils bei allen Tätigkeiten für den gleichen Status ausgesprochen hat. Dabei zeigt sich,

- dass 17% aller Antwortenden bei keiner Tätigkeit wünschen, dass sie zu einer ärztlichen Aufgabe wird. Für sie kommen Tätigkeiten, die in einem engen Zusammenhang mit ärztlicher Suizidhilfe stehen, allenfalls aufgrund eines persönlichen Gewissensentscheids in Frage. 7% aller Antwortenden (eine Untermenge dieser Gruppe) plädieren durchgehend für ein Verbot, wünschen sich also, dass die Ärzteschaft mit der Thematik der Suizidhilfe nichts zu tun hat.
- dass sich 38% aller Antwortenden bei allen aufgeführten Tätigkeiten wünschen, sie sollten zu einer zumindest freiwilligen ärztlichen Aufgabe werden. Nur ganz wenige Antwortende (6, ungewichtet) wünschen sich bei allen Tätigkeiten ein Obligatorium.

### **5.6.2 Einschätzung der standesrechtlichen Voraussetzungen**

Den Befragungsteilnehmenden wurde folgende Frage vorgelegt: „Das Standesrecht schreibt mit den SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende vor, welche Voraussetzungen für die Suizidhilfe erfüllt sein müssen. Finden Sie, die folgenden Voraussetzungen sollten weiterhin Geltung haben?“

---

<sup>40</sup> In jener Untersuchung bezeichneten 13% der Befragten die ärztlich Suizidhilfe als legitime medizinische Praxis.

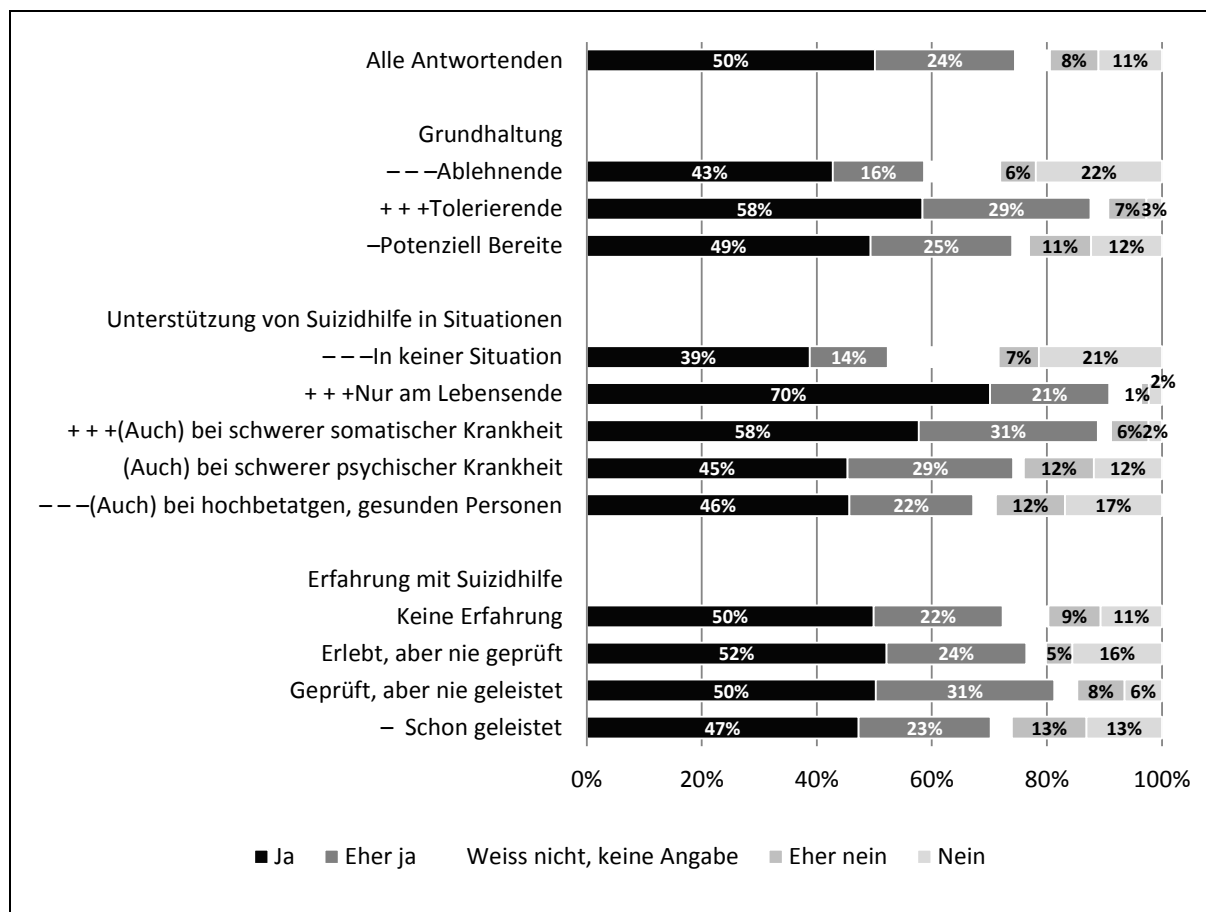
Die Teilnehmenden konnten zu den folgenden Aspekten des standesrechtlichen Kriterienkatalogs Stellung nehmen:

- „Die Erkrankung rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist, d.h. erfahrungsgemäss der Tod innerhalb von Tagen oder einigen Wochen eintritt.“
- „Eine Zweitmeinung zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit wurde eingeholt.“
- „Eine Zweitmeinung zur Beurteilung des Suizidwunsches wurde eingeholt.“
- „Die Zweitmeinung darf auch von einer Person stammen, die nicht Arzt ist.“

### Kriterium des nahen Lebensendes

Rund drei Viertel der Antwortenden unterstützen zumindest tendenziell das Kriterium, dass Suizidhilfe nur bei nahem Lebensende geleistet werden darf. Genau die Hälfte (50%) der Antwortenden antwortete mit „Ja“, ein weiteres Viertel mit „eher ja“ auf die Frage, ob diese Voraussetzung weiterhin Geltung haben sollte (Abbildung 5-19). Rund jede fünfte Person (19%) vertrat die Ansicht, dieses Kriterium solle (eher) keine Geltung mehr haben.

Abbildung 5-19: Soll Kriterium des nahen Lebensendes weiterhin Geltung haben?



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 Antwortende (gewichtet), Antworten auf Frage 11 (Zu Gewichtung und Wortlaut vgl. Anhang 8.2). Signifikanztests auf Gruppenunterschiede bezüglich des Anteils Personen der jeweiligen Gruppe, welche „Ja“ oder „Eher ja“ angaben. Verglichen wurde jeweils die betreffende Gruppe mit allen übrigen Gruppen. „+“-Zeichen signalisieren einen signifikant überdurchschnittlichen Anteil der Gruppe, „-“-Zeichen einen signifikant unterdurchschnittlichen Anteil. +/- : Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 10\%$ ; ++/-- :  $p < 5\%$ ; +++/---- :  $p < 1\%$ .



Die hohe Zustimmungsrates zu diesem Kriterium überrascht, wenn man sich die Antworten insbesondere zu den verschiedenen Situationen (vgl. Abschnitt 5.4) vor Augen führt.<sup>41</sup> Mehr als die Hälfte der Antwortenden taxierte es dort zum Beispiel (mindestens eher) als vertretbar, dass Suizidhilfe bei schweren somatischen Erkrankungen geleistet wird, auch wenn das Lebensende nicht nahe ist. Auch der Anteil Antwortender, die Suizidhilfe bei psychisch, aber nicht somatisch erkrankten Personen vertretbar fand, ist mit rund einem Drittel noch grösser als die Gruppe der hier das Kriterium ablehnenden Personen. Dass bei beiden Fragen auch die beträchtliche Anzahl Antwortender, die nur mit „eher“ antworteten, bei den jeweiligen Befürwortern und Gegnern eingerechnet wurden, kann diese Diskrepanz etwas relativieren, schafft sie aber nicht aus der Welt.

Der Vergleich verschiedener Gruppen trägt dazu bei, die Diskrepanz zu erklären und den Befund zum Kriterium des Lebensendes zu interpretieren. Wir gehen bei der Interpretation davon aus, dass die Befürwortung oder Ablehnung des Kriteriums aus zwei unterschiedlichen Motiven zustande kommen kann, welche eng mit der eigenen Grundhaltung zusammenhängen. So kann man den Status quo bevorzugen, weil man andernfalls eine Lockerung oder ersatzlose Streichung der Kriterien befürchtet, man kann ihn aber auch gegenüber einer befürchteten Verschärfung (oder einem Verbot) bevorzugen. Die Ablehnung des Status quo kann umgekehrt in einer erwünschten Verschärfung oder Lockerung begründet sein.

#### *Vergleich von Situationstypen*

Für die Interpretation der Befunde werden deshalb nachfolgend die verschiedenen in Abschnitt 5.4 gebildeten Situationstypen verglichen. Zunächst zeigt sich dabei, dass alle Typen die Aufrechterhaltung des Kriteriums mehrheitlich befürworten, aber in unterschiedlichem Ausmass:

- *Suizidhilfe in keiner Situation vertretbar (19%)*: Die Unterstützung für das Kriterium ist in der Gruppe jener, die Suizidhilfe in keiner der abgefragten Situationen vertretbar fanden, klar unterdurchschnittlich. Mit 53% befürwortet es nur gut die Hälfte. Überdurchschnittliche 28% befürworten (eher) die Aufhebung. Bei diesen Ablehnenden ist es plausibel, dass sie sich eine Verschärfung der Regelung wünschen. Bei der Mehrheit der Befürwortenden ist zu vermuten, dass sie tendenziell die Erlaubnis der ärztlichen Suizidhilfe am Lebensende akzeptieren, um eine Lockerung oder völlige Liberalisierung (die mit der ersatzlosen Streichung einher ginge), zu vermeiden.
- *Suizidhilfe (auch) bei hochbetagten gesunden Personen vertretbar (20%)*: Diese Gruppe bildet von ihrer Grundhaltung her den Gegenpol zur ersten Gruppe. Die Unterstützung für das Kriterium überwiegt auch hier, ist aber auch hier (mit 68%) unterdurchschnittlich. Es zeigt sich somit das plausible Muster, dass die Unterstützung für das Kriterium an den beiden Polen der Haltung zu ärztlicher Suizidhilfe am wenigsten hoch ist. Bei den 29% ablehnenden gehen wir davon aus, dass sie das Kriterium aufheben oder zumindest stark lockern wollen. Bei den Befürwortenden kann angesichts ihrer Grundhaltung kaum vermu-

---

<sup>41</sup> Bei Pfister/Biller-Adorno (2010a, b) hatten 2008 rund 57% der Ärzte die Haltung vertreten, Suizidhilfe solle auf terminale Patientinnen und Patienten beschränkt werden. Weitere rund 8% vertraten die Haltung, ärztliche Suizidhilfe sei in jedem Fall moralisch zu verurteilen.

tet werden, dass sie damit inhaltlich restlos zufrieden sind; sicher ziehen sie es einem Verbot vor. Es ist aber auch plausibel, dass sie es im Sinne eines Kompromisses einer schrankenlosen Suizidhilfe vorziehen. Eine etwas ketzerische Interpretation würde lauten, dass grundsätzliche Befürwortende mit dem Kriterium gut leben können, sich aber nicht in jedem Fall gebunden fühlen, es auch anzuwenden. In diese Richtung deutet der weiter oben gemachte Befund, dass auch unter den potenziell zur Suizidhilfe Bereiten eine Minderheit angab, dieses Kriterium komme für sie bei der Voraussetzungsprüfung nicht in Betracht (vgl. Abschnitt 5.5.1).

- *Suizidhilfe nur am Lebensende vertretbar (10%)*: Wenig überraschend ist die Unterstützung in dieser Gruppe am höchsten, nur eine sehr kleine Minderheit (3%) lehnt das Kriterium ab. Bei dieser Gruppe kann davon ausgegangen werden, dass sie die Aufrechterhaltung des Kriteriums in seiner jetzigen Form die überzeugendste Regelung von allen finden und sie wohl als Ideallösung bezeichnen würden.
- *Suizidhilfe (auch) bei schwerer somatischer Krankheit vertretbar (28%)*: Von ihrer Grundhaltung her liegt diese Gruppe im Vergleich zu den anderen am nächsten bei jener Gruppe, die Suizidhilfe nur am Lebensende vertretbar findet. Wenig überraschend ist hier die Unterstützung mit 89% ebenfalls überdurchschnittlich. Bei den wenigen Ablehnenden (8%) vermuten wir, dass sie tendenziell eine Lockerung des Kriteriums befürworten. Die Befürworter dürften das Kriterium als Kompromiss gegenüber einer schrankenlosen Liberalisierung akzeptieren.
- *Suizidhilfe (auch) bei schwerer psychischer Krankheit vertretbar (23%)*: Diese Gruppe möchte prinzipiell daran festhalten, dass Suizidhilfe nur bei Vorliegen einer Krankheit möglich ist, diese soll aber auch nicht somatischer Natur sein dürfen. Die Unterstützung für die Voraussetzung des nahen Lebensendes liegt mit 74% etwa im Durchschnitt. Wir interpretieren Zustimmung und Ablehnung ähnlich wie in der vorher beschriebenen Gruppe: Bei den Ablehnenden (24%) vermuten wir, dass sie tendenziell eine Lockerung des Kriteriums befürworten. Die Befürworter dürften das Kriterium als Kompromiss gegenüber einer schrankenlosen Liberalisierung akzeptieren.

### *Grundhaltungstypen und Erfahrung mit Suizidhilfe*

Ganz ähnlich wie bei den Situationstypen können die Befunde zum Kriterium „Suizidhilfe nur am Lebensende“ auch bei den anderen beiden Typologien (Grundhaltung zur Suizidhilfe, Erfahrungen mit der Suizidhilfethematik) interpretiert werden:

- In allen Gruppen befürwortet eine Mehrheit zumindest eher die Aufrechterhaltung des Kriteriums.
- Je näher die eigene Grundhaltung am aktuell geltenden Kriterium liegt, wonach Suizidhilfe nur bei nahem Lebensende geleistet werden darf, desto höher ist die Unterstützung. So ist sie insbesondere bei der Gruppe der Suizidhilfe Tolerierenden überdurchschnittlich, während sie vor allem in der Gruppe der Ablehnenden aber auch in der Gruppe der potenziell Bereiten unterdurchschnittlich ist.
- Weniger deutlich sind die Gruppenunterschiede, wenn man die Befragungsteilnehmenden nach ihrer Erfahrung mit Suizidhilfe gliedert. Dies liegt v.a. daran, dass diese Erfahrungstypen nicht sehr eng mit der Grundhaltung verknüpft sind. Es zeigt sich, dass unter den

Teilnehmenden, die schon Suizidhilfe geleistet haben, die Unterstützung leicht unterdurchschnittlich ist. In dieser Gruppe versammeln sich überwiegend Personen, die zu Suizidhilfe potenziell bereit sind.

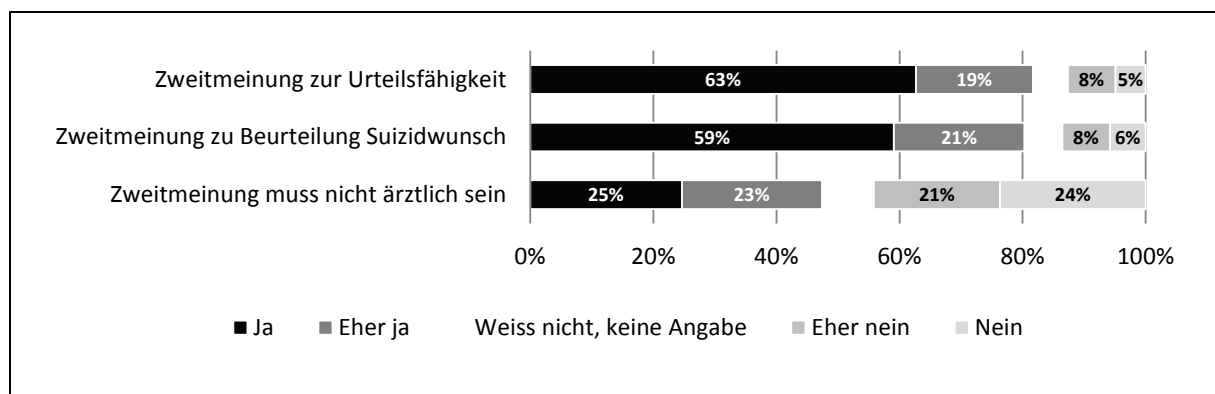
### Gesamtinterpretation

Eine deutliche Mehrheit der in der Stichprobe untersuchten Ärzteschaft hat in der vorliegenden Befragung ihre Akzeptanz für das aktuell geltende standesrechtliche Kriterium signalisiert, nach dem Suizidhilfe nur zulässig ist, wenn erwartet werden kann, dass das Lebensende der suizidwilligen Person nahe ist. Angesichts der bei anderen Fragen dieser Umfrage zum Ausdruck gekommenen Grundhaltungen ist davon auszugehen, dass die aktuelle Regelung nur für eine relativ kleine Minderheit der hier Zustimmenden die Ideallösung darstellt. Beim zahlenmässig grösseren Teil der hier Zustimmenden, der Suizidhilfe auch in anderen Situationen als am Lebensende vertretbar findet, kann die Zustimmung als Einlenken in einen Kompromiss aufgefasst werden, der besser als ein Verbot ist, der aber auch einer schrankenlosen ärztlichen Suizidhilfe vorgezogen wird. Bei der Minderheit der der hier Zustimmenden, die eigentlich ärztliche Suizidhilfe in keiner Situation vertretbar finden, ist das (eher) Ja ebenfalls als Akzeptanz eines Kompromisses zu bewerten. Sie tolerieren die Suizidhilfe am Lebensende, sind aber gegenüber einer Ausweitung kritisch eingestellt.

### Einholen einer Zweitmeinung

Eine klare Mehrheit von rund vier Fünftel der Antwortenden befürwortet es, dass Ärztinnen und Ärzte eine Zweitmeinung einholen, bevor sie Suizidhilfe leisten. Eine Zweitmeinung zur Urteilsfähigkeit befürworten 82% mindestens eher, eine Zweitmeinung zur Beurteilung des Suizidwunschs selbst 80%. Strittiger ist die Frage, ob diese Zweitmeinung zwingend bei einem anderen Arzt oder einer anderen Ärztin eingeholt werden muss. Die aktuellen Standesregeln schreiben dies nicht vor, lassen also auch Zweitmeinungen von medizinischen Laien zu. Diese Auffassung unterstützen dies knapp die Hälfte der Antwortenden: 25% antworteten mit „Ja“, weitere 23% mit „Eher ja“. Etwas weniger als die Hälfte finden nicht, dass die Zweitmeinung von einem medizinischen Laien stammen darf („Nein: 24%; „Eher nein“: 21%).

Abbildung 5-20: Einschätzungen bezüglich Verpflichtung zum Einholen einer Zweitmeinung



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 Antwortende (gewichtet), Antworten auf Frage 11 (Zu Gewichtung und Wortlaut vgl. Anhang 8.2).

### 5.6.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend können zu den Haltungen in der in der Stichprobe untersuchten Ärzteschaft über die standesrechtliche Regelung der Suizidhilfe und zu den ärztlichen Aufgaben im Zusammenhang mit Suizidhilfe folgende Hauptbefunde festgehalten werden:

- *Voraussetzungen prüfen:* Knapp neun von zehn Befragungsteilnehmenden finden es zulässig, dass Ärztinnen und Ärzte prüfen, ob die Voraussetzungen für Suizidhilfe gewährleistet sind. Sieben von zehn Teilnehmenden erachten dies auch als ärztliche Aufgabe, die allerdings für die klare Mehrheit dieser Untergruppe freiwillig sein soll.
- *Suizidhilfe leisten:* Gut jeder siebte Teilnehmende spricht sich für ein Verbot der ärztlichen Suizidhilfe aus. Gut drei Viertel erachten es umgekehrt als zulässig, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten ein Medikament für einen Suizid verschreiben oder aushändigen. Rund die Hälfte erachtet dies sogar als ärztliche Aufgabe, wobei fast alle dies als freiwillige Tätigkeit erachten; ein Viertel spricht sich demgegenüber für den Status quo aus, in dem die Suizidhilfe nicht als ärztliche Aufgabe gilt, sondern als Ergebnis einer persönlichen Gewissensentscheidung der Ärztin bzw. des Arztes lediglich toleriert wird. Ähnlich sind die Anteilswerte auch bei anderen rechtlich als Suizidhilfe zu bewertenden Handlungen sowie bei der Frage, ob Ärztinnen oder Ärzte beim Suizid anwesend sein sollten.
- *Kriterium des nahen Lebensendes:* Rund drei Viertel der Teilnehmenden gaben an, das Kriterium, wonach ärztliche Suizidhilfe nur zulässig sein soll, wenn das Lebensende nahe ist, solle (eher) weiterhin gelten. Aufgrund der an anderer Stelle dieser Umfrage festgestellten Haltungen ist davon auszugehen, dass die Zustimmung zu diesem Kriterium bei der grossen Mehrheit eher als das Akzeptieren eines Kompromisses denn als überzeugtes Ja zu einer Ideallösung zu verstehen ist. So stimmten etwa auch die Hälfte, die im Prinzip Suizidhilfe nicht als vertretbar erachten, dem Kriterium zu, vermutlich auch als Schranke gegen eine weitergehende Liberalisierung. Umgekehrt stimmten auch mindestens zwei Drittel zu, die Suizidhilfe auch in Situationen vertretbar finden, in denen das Lebensende nicht bald zu erwarten ist. Auch sie dürften somit diesen Zustand einer völlig schrankenlosen Suizidhilfe vorziehen.
- *Einholen einer Zweitmeinung:* Dass vor dem Leisten von Suizidhilfe eine Zweitmeinung eingeholt werden soll zur Urteilsfähigkeit und zur Beurteilung, ob der Suizidwunsch wohl-erwogen ist, befürworten vier von fünf Teilnehmenden. Ob – wie gemäss dem aktuellen Standesregeln zulässig – diese Zweitmeinung auch von einem medizinischen Laien stammen darf, ist hingegen umstritten. Knapp die Hälfte vertrat tendenziell die Ansicht, dass die Zweitmeinung von einem Arzt oder einer Ärztin stammen müsse.

## 5.7 Vermutete Folgen einer Ausweitung ärztlicher Suizidhilfe

In diesem Abschnitt geht es um die Frage, welche Konsequenzen die Befragungsteilnehmenden im Falle einer Ausweitung der ärztlichen Suizidhilfe zu erwarten sind. Zunächst wird über die erwarteten Folgen berichtet, welche vor allem direkt die Patientinnen und Patienten betreffen (Abschnitt 5.7.1). Danach wird darüber berichtet, welche Folgen für die Ärzteschaft und die Me-

dizin die Teilnehmenden als wahrscheinlich erachten (5.7.2). Eine Zusammenfassung beschliesst den Abschnitt (Abschnitt 5.7.3).

► *Die hier berichteten Analysen leisten somit einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage 6 (Folgen einer Ausweitung).*

### **5.7.1 Erwartungen, welche direkt die Patientinnen und Patienten betreffen**

Den Teilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: „Was glauben Sie, welche Folgen es für den medizinischen Alltag hätte, wenn mehr Ärztinnen und Ärzte Suizidhilfe leisten und die Bestimmungen zur Suizidhilfe gelockert werden würden?“. Dann wurden ihnen acht mögliche Konsequenzen in Form von Behauptungen vorgelegt, zu denen sie eine Prognose machen konnten. Mittels der Antwortmöglichkeiten „steigen“, „eher steigen“, „gleich bleiben“, „eher sinken“ oder „sinken“, konnten die Teilnehmenden ihrer Prognose Ausdruck verleihen:

Abgefragte Erwartungen, welche die Patienten direkt betreffen, waren die folgenden:

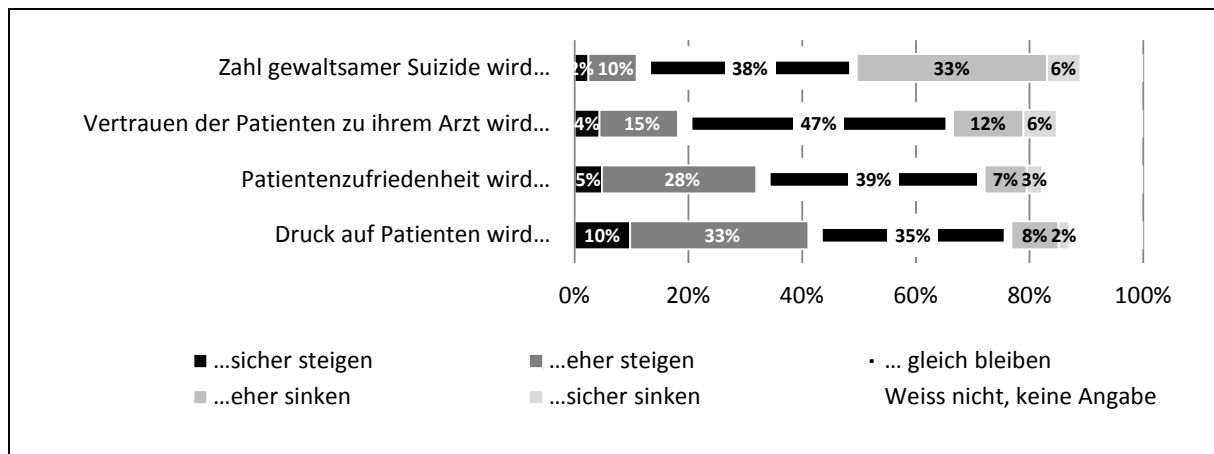
- „Wenn mehr Ärzte Suizidhilfe leisten, wird die Zahl (nicht assistierter) gewaltsamer Suizide...“
- „Wenn mehr Ärzte Suizidhilfe leisten, wird das Vertrauen der Patienten zu ihrem Arzt...“
- „Wenn die Landesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird die Patientenzufriedenheit...“
- „Wenn die Landesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird der Druck auf Patienten, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen,...“

Den vier hier untersuchten Aspekten ist gemeinsam, dass jeweils ein bedeutender Teil der Antwortenden (ein Drittel bis fast die Hälfte) erwarten, dass eine allfällige Ausweitung der ärztlichen Suizidhilfe keine Veränderungen bewirkt. Ebenfalls zeigt sich, dass sich jeweils mindestens rund 10% nicht in der Lage fühlen, eine Prognose abzugeben.

Bezüglich der *Anzahl gewaltsamer Suizide* überwiegt die Vermutung, dass diese mit einer Ausweitung sinken wird. 39% vertreten diese Ansicht zumindest eher, während 12% (eher) eine Zunahme erwarten. Insgesamt überwiegt bei diesem Aspekt somit eine eher zuversichtliche Perspektive, mehr Ärztinnen und Ärzte betrachten bezüglich der Häufigkeit gewaltsamer Suizide eine Ausweitung der Suizidhilfe eher als Chance denn als Risiko. Wie eine detaillierte Auswertung nach Grundhaltungstyp zeigt, wird diese optimistische Sichtweise vorab von Ärztinnen und Ärzten vertreten, welche sich selbst zur Suizidhilfe bereit erklären; teils wird diese Einschätzung auch von jenen geteilt, die Suizidhilfe tolerieren, aber nicht dazu bereit sind. Wer Suizidhilfe ablehnt, vertritt hingegen diese Prognose kaum.

Keine klare Tendenz zeigt sich bezüglich des *Vertrauens der Patienten in ihren Arzt oder ihre Ärztin*. Hier vermutet fast die Hälfte keine Veränderung, von den übrigen halten sich jene, die ein (eher) steigendes (19%) und jene, die ein (eher) sinkendes Vertrauen erwarten (18%), ungefähr die Waage. Innerhalb der einzelnen Grundhaltungstypen zeigen sich indessen gewisse Tendenzen. So vertreten potenziell Bereite eher die optimistische Sicht, eine Ausweitung der Suizidhilfe stärke das Vertrauen, während Ablehnende und lediglich Tolerierende eher eine Einschränkung des Vertrauens voraussagen.

**Abbildung 5-21:** Erwartungen zu möglichen Folgen einer Ausweitung der Suizidhilfe auf Patientinnen und Patienten



Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

N = 1318 Antwortende (gewichtet), Antworten auf Frage 9 (Zu Gewichtung und Wortlaut vgl. Anhang 8.2).

Hingegen erwarten mehr Antwortende, dass die *Patientenzufriedenheit* mit einer Ausweitung der ärztlichen Suizidhilfe (eher) steigen wird (33%), als dass sie (eher) sinken wird (10%). Es überwiegt hier somit die optimistische Perspektive; diese überwiegt unter den Suizidhilfe Tolerierenden und den potenziell Bereiten, während bei den Suizidhilfe Ablehnenden eher die skeptische Sichtweise überwiegt.

Schliesslich erwarten deutlich mehr Antwortende einen (eher) steigenden *Druck auf Patientinnen und Patienten, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen* (43%), als dass dieser Druck abnehme (10%). Diesbezüglich dominiert somit eher die Sichtweise, dass die Ausweitung der Suizidhilfe ein Risiko berge. Von den die Suizidhilfe Ablehnenden und den Tolerierenden wird diese Befürchtung klar überwiegend geteilt. Sie überwiegt auch bei den Antwortenden, die zur Suizidhilfe potenziell bereit sind, die Tendenz ist dort aber schwächer ausgeprägt. Die grösste Gruppe bilden dort jene, welche erwarten, dass sich der Druck auf Patientinnen und Patienten nicht verändert.

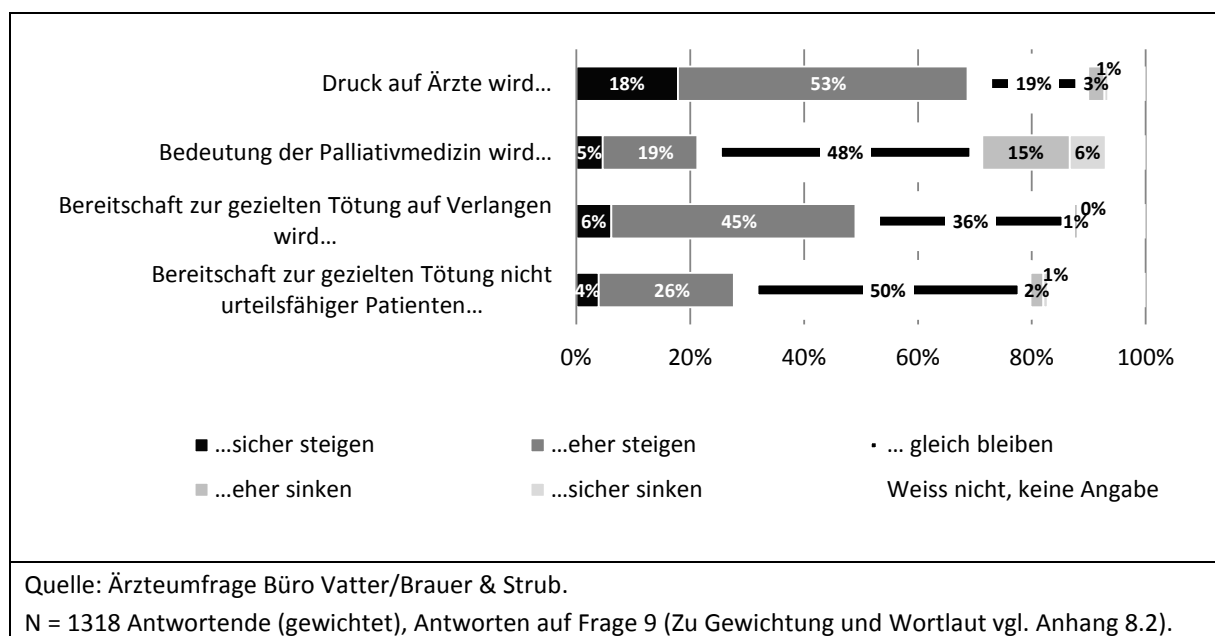
### 5.7.2 Erwartungen, welche primär Ärzteschaft und die Medizin betreffen

Abgefragte Erwartungen, welche primär die Ärzteschaft und die Medizin direkt betreffen, waren die folgenden:

- „Wenn die Landesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird der Druck auf Ärzte, Suizidhilfe anzubieten, ...“
- „Wenn mehr Ärzte Suizidhilfe leisten, wird die Bedeutung der Palliativmedizin...“
- „Wenn die Landesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird in der Ärzteschaft die Bereitschaft zur gezielten Tötung auf Verlangen des Patienten zur Beendigung seines Leidens...“
- „Wenn die Landesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird in der Ärzteschaft die Bereitschaft zur gezielten Tötung eines nicht-urteilsfähigen Patienten zur Beendigung seines Leidens...“

Die Antwortenden erwarten mehrheitlich, dass mit einer Lockerung der Standesregeln zur Suizidhilfe der *Druck auf die Ärzteschaft, Suizidhilfe zu leisten* (eher) steigen wird. Von allen acht abgefragten Prognosen ist diese am eindeutigsten. Nur 4% vertreten eine gegenteilige Ansicht und mit 19% ist auch der Anteil jener, die keine Veränderung voraussagen, am tiefsten. Diese Haltung überwiegt auch in allen drei Grundhaltungstypen, jedoch mit graduellen Unterschieden. Während bei den Ablehnenden rund 85% diese Auffassung vertreten, sind es bei den Tolerierenden 74% und bei den potenziell Bereiten 61%. Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass unter den Suizidhilfe Ablehnenden dieser erwartete Druck als eher negative Entwicklung wahrgenommen wird, wohingegen dies bei den beiden anderen Gruppen nicht so eindeutig gesagt werden kann. Zumindest bei den potenziell zur Suizidhilfe Bereiten ist es auch denkbar, dass ein Teil von ihnen einen steigenden Druck auf die Ärzteschaft, Suizidhilfe zu leisten, nicht a priori als negativ beurteilt, oder ihn sogar als positiv empfindet.

**Abbildung 5-22:** Erwartungen zu möglichen Folgen einer Ausweitung der Suizidhilfe auf die Medizin



Hinsichtlich der *Bedeutung der Palliativmedizin* sind die Meinungen geteilt. Fast die Hälfte der Antwortenden glaubt nicht an eine Veränderung im Zusammenhang mit einer Zunahme ärztlicher Suizidhilfe (48%). Die übrigen teilen sich in ähnlich grosse Gruppen: 24% erwarten, ihre Bedeutung steige (eher), 21% erwarten, ihre Bedeutung werde sinken. Innerhalb der einzelnen Grundhaltungstypen zeigen sich indessen Unterschiede. Unter den Ablehnenden überwiegt die Ansicht, die Palliativmedizin werde geschwächt, während bei den zur Suizidhilfe potenziell Bereiten tendenziell mehr Antwortende eine Stärkung der Palliativmedizin erwarten.

Rund die Hälfte der Antwortenden erwartet (eher), dass mit einer Lockerung der Bestimmungen zur Suizidhilfe in der Ärzteschaft auch die *Bereitschaft zur gezielten Tötung auf Verlangen des Patienten bzw. der Patientin zur Beendigung eines Leidens* steigen wird. Gut ein Drittel (36%) glaubt nicht an eine Veränderung, während kaum Antwortende (1%) glauben, dass diese Bereitschaft sinke. Auch in allen Grundhaltungstypen überwiegt die Prognose einer steigenden Bereitschaft zur Tötung auf Verlangen klar und in insgesamt ähnlichem Ausmass. Inwieweit diese erwartete Entwicklung von

den unterschiedlichen Grundhaltungstypen eher mit Sorge verbunden wird oder als positive Entwicklung interpretiert wird, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Es scheint plausibel, dass Personen, die Suizidhilfe ablehnen, dieser weiter gehenden ärztlichen Handlung mit Skepsis gegenüber stehen. Ob umgekehrt zur Suizidhilfe potenziell Bereite oder sogar Tolerierende eine solche Entwicklung positiv bewerten oder sie einfach in Kauf zu nehmen bereit sind, kann hier nicht beurteilt werden. Schon nur die bedeutenden Unterschiede hinsichtlich der Frage, in welchen Situationen auch diese Gruppen Suizidhilfe als vertretbar erachten, verweist klar darauf, dass in der in der Stichprobe untersuchten Ärzteschaft ein sehr differenziertes Meinungsspektrum zur Frage von ärztlichen Handlungen im Zusammenhang mit dem Lebensende besteht.

Dass von einer Lockerung der Bestimmungen zur Suizidhilfe in der Ärzteschaft auch die *Bereitschaft zur gezielten Tötung eines nicht urteilsfähigen Patienten bzw. einer nicht urteilsfähigen Patientin zur Beendigung seines bzw. ihres Leidens* steigen wird, erwarten demgegenüber weniger Antwortende, doch tendiert die Gesamtheit der Prognosen insgesamt in diese Richtung. Knapp ein Drittel (30%) glaubt (eher) an eine steigende Bereitschaft, wohingegen die Hälfte (50%) keine Veränderung voraussieht. Wiederum glauben nur sehr wenige Antwortende (3%), dass diese Bereitschaft sinke. Auch in allen Grundhaltungstypen überwiegt die Prognose einer steigenden Bereitschaft zur Tötung nicht urteilsfähiger Patienten klar und in insgesamt ähnlichem Ausmass. Die Prognose einer steigenden Bereitschaft wird anteilmässig am stärksten in der Gruppe der Antwortenden geteilt, welche Suizidhilfe ablehnen (49%), am schwächsten in der Gruppe der potenziell zur Suizidhilfe bereiten Ärztinnen und Ärzte (21%). Hinsichtlich der Frage, wie die einzelnen Grundhaltungstypen diese Entwicklung bewerten, gilt das Gleiche wie bei der Frage der Tötung auf Verlangen.

### 5.7.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend können zu den Vermutungen der in der Stichprobe untersuchten Ärzteschaft über mögliche Folgen einer Ausweitung der Suizidhilfe folgende Hauptbefunde festgehalten werden:

- *Erwartete direkte Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten:* Bei den vier thematisierten möglichen Entwicklungen, welche die Patientinnen und Patienten direkt betreffen, glauben jeweils rund ein Drittel bis die Hälfte der Fragen nicht, dass eine allfällige Ausweitung der Suizidhilfe hierauf einen spürbaren Einfluss hat. Unter den Übrigen überwiegt der Anteil jener, welche es plausibel finden, dass mit der Ausweitung der Suizidhilfe eine Senkung der Anzahl gewaltsamer Suizide einhergeht, dass die Patientenzufriedenheit zunimmt, und dass der Druck auf Patientinnen und Patienten, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, zunimmt. Hinsichtlich der Frage, ob das Vertrauen der Patientinnen und Patienten zu ihrem Arzt oder ihrer Ärztin zu- oder abnimmt, sind die Meinungen geteilt.
- *Erwartete Auswirkungen auf die Ärzteschaft und die Medizin:* Auch bei den möglichen Entwicklungen, welche direkter die Ärzteschaft und die Medizin betreffen, erwarten jeweils bedeutende Anteile der Antwortenden (ein Fünftel bis die Hälfte) keine spürbaren Wirkungen. Am deutlichsten zeigt sich die Erwartung, mit der Ausweitung der Suizidhilfe steige der Druck auf die Ärzteschaft, Suizidhilfe anzubieten. Ebenfalls klar tendieren die Antwortenden zur Einschätzung, die Bereitschaft in der Ärzteschaft zur gezielten Tötung auf Verlangen der Patientin bzw. des Patienten zur Beendigung ihres bzw. seines Leidens



werde steigen. Die gleiche Tendenz, wenn auch weniger ausgeprägt, zeigt sich bezüglich der gezielten Tötung nicht urteilsfähiger Patientinnen und Patienten. Geteilt sind die Meinungen, ob mit der Ausweitung der Suizidhilfe die Palliativmedizin an Bedeutung gewinnen oder verlieren wird.

- *Erwartungen und Grundhaltung:* Die Erwartung vieler Antwortender hängt mit der Grundhaltung zur Suizidhilfe zusammen (wobei über die Richtung der Kausalität keine Aussage möglich ist). Wer sich z.B. zur Suizidhilfe potenziell bereit bekennt, erwartet von einer Ausweitung der Suizidhilfe eher ein steigendes Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Ärzteschaft, eine steigende Patientenzufriedenheit und eine steigende Bedeutung der Palliativmedizin als Antwortende, die der Suizidhilfe kritisch gegenüberstehen.



## 6 Synthese und Empfehlungen

Unter Bezug auf die sechs Studienfragen (Kapitel 3) werden in diesem Kapitel diejenigen Befunde aus dem qualitativen und quantitativen Studienteil nochmals hervorgehoben, welche aus Sicht der Auftragnehmerin von besonderem Interesse sind. Daran anschliessend werden Empfehlungen für die interne Diskussion der SAMW über ärztliche Suizidhilfe und eine allfällige Revision der SAMW-Richtlinien formuliert. Es ist daran zu erinnern, dass die Autorin und Autoren der vorliegenden Studie vermuten, dass in erster Linie Ärztinnen und Ärzte, die besonders am Thema der Suizidhilfe interessiert und davon betroffen sind, an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben. Die in diesem Bericht dargestellten Befunde und Interpretationen beanspruchen somit tendenziell Gültigkeit für diese Gruppe von Ärztinnen und Ärzte, nicht für die Gesamtheit der Ärzteschaft in der Schweiz.

*Frage 1: Wie ist die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten zur Suizidhilfe grundsätzlich und in Bezug auf bestimmte Patientengruppen?*

Bezüglich der *grundsätzlichen Haltung* gegenüber ärztlicher Suizidhilfe zeigt sich folgendes Bild: Gut drei Viertel aller Antwortenden finden ärztliche Suizidhilfe grundsätzlich vertretbar, gut ein Fünftel lehnt diese hingegen grundsätzlich ab. In Kombination mit der persönlichen Bereitschaft Suizidhilfe zu leisten, können drei Grundhaltungen zur ärztlichen Suizidhilfe benannt werden: Während etwas weniger als die Hälfte nicht nur ärztliche Suizidhilfe für grundsätzlich zulässig erachten, sondern sich Situationen vorstellen kann, in denen sie auch persönlich dazu *bereit* wären, *toleriert* ein gutes Viertel zwar ärztliche Suizidhilfe, würde sie aber selbst nicht leisten. Diesen beiden Gruppen steht eine grundsätzlich *ablehnende* Haltung von gut einem Fünftel gegenüber.

Hinsichtlich der Faktoren, welche diese Grundhaltungen beeinflussen, bestätigt die Studie die Wichtigkeit von Fachdisziplin und Arbeitsort, Alter mit entsprechender Berufserfahrung, Landesregion sowie Religion bzw. Lebensphilosophie. In geringerem Mass prägt auch das Geschlecht die Einstellungen der untersuchten Stichprobe der Ärzteschaft. Merkmale, die eher bei Personen mit einer Haltung der potenziellen *Bereitschaft* auftreten, sind der Tätigkeitsbereich in der Hausarztmedizin und freien Praxis, ein Arbeitsort in der Romandie oder der Deutschschweiz und eine grosse Berufserfahrung, eine fehlende Religiosität sowie ein männliches Geschlecht. Demgegenüber sind Merkmale, die häufiger zusammen mit einer grundsätzlich *ablehnenden* Haltung auftreten, eine Tätigkeit in der Geriatrie und im Spital, ein Arbeitsort im Kanton Tessin, eine geringe Berufserfahrung, eine katholische Glaubenseinstellung sowie ein weibliches Geschlecht.

Mit Blick auf die Einstellung bezüglich *bestimmter Patientengruppen* ergibt sich ein noch differenzierteres Bild. Auch hier lehnt rund jede fünfte Person ärztliche Suizidhilfe in jeder der vorgelegten Situationen ab. Jede zehnte Person hält ärztliche Suizidhilfe nur am Lebensende für zulässig. Gut jede vierte Person hingegen unterstützt ärztliche Suizidhilfe auch bei schweren somatischen Krankheiten im nicht-terminalen Stadium. Knapp ein Viertel aller Antwortenden hält darüber hinaus Suizidhilfe bei schweren psychischen Erkrankungen und Demenz für zulässig. Jede fünfte Person unterstützt Suizidhilfe sogar bei hochbetagten gesunden Personen. Die Zustimmung zur *Suizidhilfe bei Minderjährigen* am Lebensende erscheint eher hoch, dabei ist allerdings zu beachten, dass die Fachärzteschaft für Pädiatrie, von denen minderjährige Patientinnen und Patienten am

Lebensende fast ausschliesslich betreut werden, nicht gezielt befragt wurden. Offensichtlich machen die an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte Urteilsfähigkeit auch mit Blick auf Suizidhilfe – für deren Rechtmässigkeit sie eine Voraussetzung darstellt – weniger vom nominalen Alter der Patientin bzw. des Patienten abhängig als individuell von den Fähigkeiten und der Situation der betroffenen Person.

Insgesamt hängt die Zustimmung zur Suizidhilfe für die Mehrheit der Befragungsteilnehmenden *von der konkreten Situation* ab. Das deckt sich auch mit den Ergebnissen aus den qualitativen Interviews, in denen die Einzelfallbetrachtung im Vordergrund stand und pauschale Aussagen zum Ein- oder Ausschluss bestimmter Patientengruppen vermieden bzw. als diskriminierend eingestuft wurden. Nur eine Minderheit macht ihre Zustimmung oder Ablehnung der Suizidhilfe nicht von der beschriebenen Situation der suizidwilligen Person abhängig. Grob könnte man sagen, dass *je eindeutiger eine rein somatische und terminale Erkrankung vorliegt, desto grösser die Akzeptanz der Suizidhilfe ist.*

Bemerkenswert ist, dass Suizidhilfe bei *Polymorbidität von Hochbetagten* eine höhere Akzeptanz erfährt als Suizidhilfe bei Personen mit *psychiatrischer Erkrankung oder Demenz*. Auch mit Blick auf die Diskussion des sogenannten *Bilanzsuizids* bei hochbetagten Gesunden ist festzuhalten, dass immerhin 20% der untersuchten Stichprobe der Ärzteschaft ins Auge fasst, dass er *ärztliche* Suizidhilfe legitimieren kann (nach der Zustimmung zu nicht-ärztlicher Suizidhilfe in Fällen eines sogenannten Bilanzsuizids wurde nicht gefragt). Dieser Befund aus dem quantitativen Studienteil könnte mit der Beobachtung aus den Leitfadeninterviews in Zusammenhang gebracht werden, nach der für die Zustimmung zu ärztlicher Suizidhilfe weniger die rein medizinische Perspektive auf den Schweregrad der Erkrankung als vielmehr das *subjektive Leiden* der Person und die Unmöglichkeit, weitere medizinische, persönliche oder soziale Ressourcen zu mobilisieren, um dieses Leiden zu lindern, ausschlaggebend ist.

*Frage 2: Worin sehen Ärztinnen und Ärzte eine ethisch angemessene Rolle der Ärzteschaft im Bereich Suizidhilfe? Sehen sie eine Vereinbarkeit der Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin?*

Dass die *Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe* von einer grossen Mehrheit der untersuchten Stichprobe der Ärzteschaft nicht in Frage gestellt wird, zeigt die schriftliche Befragung deutlich. Inwieweit Suizidhilfe eine (freiwillige) ärztliche Tätigkeit sein soll, oder allenfalls als persönlicher Gewissensentscheid zu tolerieren ist, darüber gehen die Haltungen auseinander (siehe unten zu Frage 5). Eine deutliche Mehrheit bezeichnet zwar die Prüfung der Voraussetzungen als ärztliche Aufgabe, das konkrete Leisten von Suizidhilfe sieht jedoch nur rund die Hälfte als ärztliche Aufgabe.

Aus den qualitativen Interviews lassen sich einige gängige Argumente für die ethische Rechtfertigung der Suizidhilfe als ärztliche Aufgabe entnehmen. Dazu zählen in erster Linie die *Leidenslinderung* als ein Ziel der Medizin, dem in letzter Konsequenz auch Suizidhilfe dienen kann. Die medikamentöse Suizidhilfe wird dabei als eine humane Weise des Sterbens empfunden, dies im Gegensatz zum sogenannten gewaltsamen Suizid. Diese Aussage korreliert mit dem quantitativen Befund, nach dem bei den Ärztinnen und Ärzten, die eine potenziell bereite oder tolerierende Grundhaltung gegenüber Suizidhilfe einnehmen, die Vermutung überwiegt, dass eine Ausweitung ärztlicher Suizidhilfe zu einem Rückgang sogenannter gewaltsamer Suizide führe.

In den qualitativen Interviews wurde betont, dass die *Qualität der Arzt-Patient-Beziehung* für eine angemessene Suizidhilfe von Bedeutung ist. Das heisst, dass das Verhältnis von einer gewissen Dauer und von Vertrauen geprägt sein sollte und die Ärztin bzw. der Arzt sowohl medizinische Fachkenntnis als auch Kenntnis der Person und ihres sozial-familiären Umfelds haben sollte. Diese Kenntnisse, die auch in der schriftlichen Befragung von einer überwiegenden Mehrheit als wichtig eingestuft werden, brauche es, um die standesrechtlichen Voraussetzungen für Suizidhilfe – vor allem Wohlerwogenheit und Freiwilligkeit des Suizidwunsches – prüfen zu können. *Hausärztinnen und -ärzte* wurde in den qualitativen Interviews diesbezüglich eine Schlüsselrolle zugewiesen. Dieser Eindruck bestätigt sich in der schriftlichen Befragung. So ist die Hausarztmedizin die antwortende Fachdisziplin, die angesichts der hohen Beteiligungsquote an der Befragung überdurchschnittlich stark am Thema der Suizidhilfe interessiert zu sein scheint. Die schriftliche Befragung zeigt zudem, dass Hausärztinnen und Hausärzte zu einer Fachgruppe zählen, die sehr häufig mit Suizidhilfewünschen konfrontiert werden, wenn auch etwas weniger häufig, als es in der Onkologie und der Geriatrie der Fall ist. In der Onkologie und der Geriatrie wird durchschnittlich oft Suizidhilfe geleistet. Dass ärztliche Suizidhilfe massgeblich in der Hausarztmedizin verortet ist, zeigt sich auch in der im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen aus anderen Disziplinen, insbesondere aus der Geriatrie, in der deutlich höheren Bereitschaft, ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung zu verschreiben oder auszuhändigen, sowie in der hohen Bereitschaft mit Suizidhilfeorganisationen zusammenzuarbeiten.

Als ethische Rechtfertigung für ärztliche Suizidhilfe wird in den qualitativen Interviews wie auch in der ethischen, juristischen und politischen Debatte neben der Leidenslinderung vor allem das Argument angeführt, die *Patientenautonomie* sei zu respektieren. Vor diesem Hintergrund mag es erstaunen, dass fast ein Drittel der an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte angeben, sie würden versuchen, die suizidwillige Person von ihrem Wunsch abzubringen. Jemanden von seinem Suizidwunsch abzubringen könnte als eine stärkere Intervention gedeutet werden, als es die in den SAMW-Richtlinien geforderte „Erläuterung von Alternativen zum Suizid“ darstellt. Tatsächlich zeigen sich in der schriftliche Befragung verschiedentlich *Ambivalenzen* zwischen der geäusserten Haltung und Einstellung gegenüber Suizidhilfe auf der einen Seite, und der geäusserten Bereitschaft zu konkreten Tätigkeiten im Zusammenhang mit Suizidhilfe bzw. der tatsächlichen Praxis auf der anderen Seite. Dieser Punkt wird unter Frage 3 nochmals ausführlicher erörtert.

Als gemeinsamer Nenner für eine angemessenen Rolle der Ärzteschaft in Fragen der Suizidhilfe kann für die grosse Mehrheit der an der Befragung teilnehmenden Personen ausgemacht werden, dass die Suizidhilfe in jedem Fall *freiwillig* geschehen soll. Dies schliesst Szenarien einer Notfallsuizidhilfe ebenso aus wie eine Verpflichtung, bei der Erfüllung aller notwendigen Voraussetzungen von Suizidhilfe diese zu leisten. Die zentrale Bedeutung, welche der Freiwilligkeit und Autonomie des Arztes bzw. der Ärztin zugemessen wird, wurde in den qualitativen Interviews mehrfach betont. In der Auswertung der schriftlichen Befragung wurde die zahlenmässige Diskrepanz zwischen der signalisierten *Bereitschaft zu einer konkreten Suizidhilfetätigkeit* (29%) und der geäusserten *potenziellen Bereitschaft zur Suizidhilfe* (43%) dahingehend interpretiert, dass die Antwortenden in der Suizidhilfe eine Ausnahmesituation sehen, zu der man sich auch bei Erfüllung aller Suizidhilfevoraussetzung nicht verpflichtet sieht. Anders ausgedrückt: Suizidhilfe ist eine Option ärztlichen Handelns, die die Teilnehmenden nicht kategorisch ausschliessen wollen, und die somit auch grundsätzlich mit den Zielen der Medizin vereinbar schient. Zugleich zeigt sich jedoch, dass die

an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte Hemmungen zeigen, diese Option auch tatsächlich umzusetzen.

*Frage 3: Wie ist die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten zur Mitwirkung an einem Suizid?*

Die Bereitschaft der in der Stichprobe untersuchten Ärzteschaft zur Mitwirkung an einem Suizid wurde zum einen allgemein und zum anderen in einer detaillierten Auflistung verschiedener *Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit Suizidhilfe stehen* können, erfragt. Bei letzterem Frageblock zeigt sich, dass fast alle Ärztinnen und Ärzte bereit sind, die Person zu beraten, zu informieren und weiter zu behandeln. Auch zur Prüfung der standesrechtlichen Voraussetzungen für Suizidhilfe ist die überwiegende Mehrheit bereit (detailliert dazu siehe unter Frage 5). Diese Handlungen zählen aber rechtlich gesehen noch nicht zur Suizidhilfe. Wie bereits oben erwähnt, gibt es in der Studie vermehrt Hinweise darauf, dass die potenzielle Bereitschaft zur Suizidhilfe nicht bedeutet, dass man in der konkreten Situation selbst Suizidhilfe leisten möchte. Es gibt eine Tendenz, dass man auf der einen Seite selbst wenig mit Suizidhilfe zu tun haben will, auf der anderen Seite dem Patientenwunsch aber nicht entgegenstehen möchte. Diese Ambivalenz zeigt sich bei einem Drittel jener, die potenziell zur Suizidhilfe bereit sind: sie wollen am Suizid selber lieber nicht mitwirken, auch wenn die Voraussetzungen erfüllt wären. Die Weiterweisung an eine andere, zur Suizidhilfe bereiten Ärztin bzw. Arzt oder an eine Suizidhilfeorganisation, was rund die Hälfte in Betracht zöge, mag in diesem Fall ein Kompromiss sein.

In diesem Zusammenhang ist auf die Haltung der an der Befragung teilnehmenden Ärzteschaft gegenüber den *Suizidhilfeorganisationen* einzugehen. Mit einer solchen Organisation zusammenzuarbeiten kommt für 60% in Frage, für die Gruppe der zur Suizidhilfe Bereiten sogar für vier Fünftel. Ein bedeutender Anteil von Suizidhilfefällen – ein Viertel aller Fälle, in welche die Teilnehmenden involviert waren – findet aber ohne Einbezug einer Suizidhilfeorganisation statt. Offen ist, ob dies auf Wunsch der suizidwilligen Person geschah, wie es beispielsweise in einem qualitativen Interview geschildert wurde, oder auf Bestreben des Arztes bzw. der Ärztin. Sollte letzteres der Fall sein, so spräche es dafür, dass die entsprechenden Ärztinnen und Ärzte sich selbst als juristisch und standesrechtlich genügend informiert und abgesichert erleben oder aber den Organisationen ein zu grosses Misstrauen entgegenbringen. Zu erinnern ist in diesem Kontext an den in mehreren qualitativen Interviews geäußerten Vorschlag, die Thematik Suizidhilfe (inklusive ihrer rechtlichen Regulierung) stärker in das Curriculum der *medizinischen Ausbildung* zu integrieren.

*Frage 4: Welche Erfahrungen haben Ärztinnen und Ärzte mit ärztlicher Suizidhilfe? (Konflikte)*

Bei den Erfahrungen ist zwischen der Konfrontation mit einem ernsthaften *Suizidhilfewunsch* und tatsächlich geleisteter *Suizidhilfe* zu unterscheiden. Etwas weniger als die Hälfte der Befragungsteilnehmenden wurde mindestens einmal ernsthaft um Suizidhilfe gebeten. Bei Personen, die in der Hausarztmedizin, Geriatrie und Onkologie tätig sind, kommt dies überdurchschnittlich oft vor. Das heisst aber nicht, dass diese Personen dann auch tatsächlich Suizidhilfe leisten. In der schriftlichen Befragung bestätigte sich die bereits in den Leitfadeninterviews vorgebrachte Hypothese, dass viele Suizidhilfefälle auf das Konto weniger Ärztinnen und Ärzte gehen. Die schriftliche Befragung gibt jedoch keine Auskunft darüber, ob diese Personen alle konsiliarisch für Sui-

zidhilfeorganisationen tätig sind. Die übrigen Personen, die nur vereinzelt Suizidhilfe geleistet haben, stammen überdurchschnittlich oft aus der *Hausarztmedizin* (und leicht überdurchschnittlich aus der Geriatrie), führen eine freie Praxis und sind regelmässig in einem Alters- und Pflegeheim tätig. In Anbetracht dessen, dass eine gute Kenntnis der Person und ihres Umfelds von der Mehrheit der Teilnehmenden als eine Bedingung für Suizidhilfe angesehen wird, und dass in den qualitativen Interviews der Faktor Zeit als wichtige Voraussetzung für Suizidhilfe taxiert wird, erstaunt dieser quantitative Befund nicht. Denn Hausärztinnen und -ärzte kennen ihre Patientinnen und Patienten in der Regel über Jahre und haben die Möglichkeit, mit ihnen zusammen einen Entscheid für oder gegen Suizidhilfe über mehrere Gespräche hinweg zu entwickeln.

Der schriftlichen Befragung kann nicht entnommen werden, welche *Konflikte* sich beim Vollzug von Suizidhilfe ergeben. Der Wunsch der überragenden Mehrheit, dass die *Angehörigen oder engsten Bezugspersonen* über die Suizidhilfe mindestens informiert sind und eine Vertrauensperson den Suizid begleitet, könnte jedoch als Strategien gedeutet werden, möglichen Konflikten vorzubeugen, indem dieser Personenkreis in den Prozess einbezogen wird und sein Einverständnis zur Suizidhilfe zeigt. Ein solches Anliegen könnte auch als Aufforderung an die suizidwillige Person verstanden werden, allfällige Konflikte mit ihrem Umfeld frühzeitig zu bereinigen – allenfalls mit Unterstützung der Ärztin bzw. des Arztes. Damit könnte verhindert werden, dass Konflikte nach dem Suizid aufbrechen, weil die Hinterbliebenen erst dann vom assistierten Suizid erfahren und sich die Ärztin bzw. der Arzt allein mit ihnen auseinandersetzen hätte. Ebenfalls könnte es ein ärztliches Anliegen sein, durch Information und Einbezug von Bezugspersonen möglichen Traumatisierungen, die aufgrund des Suizids bei diesen entstehen könnten, präventiv entgegenzuwirken.

Dass Konflikte mit Angehörigen und nahestehenden Personen durchaus reale Szenarien sind, wurde in den qualitativen Interviews deutlich. Hier wurde von Auseinandersetzungen mit Angehörigen und nahestehenden Personen berichtet, welche die Suizidhilfe ablehnten, praktisch zu verunmöglichen versuchten oder sogar rechtliche Schritte einleiteten – sei es gegen die Ärztin bzw. den Arzt direkt oder in Form einer fürsorglichen Unterbringung. Ebenfalls wurde von Angehörigen berichtet, die den Vollzug der Suizidhilfe vorantreiben wollten, während sich die betroffene Person eher zögerlich zeigte. Die in den qualitativen Interviews angesprochenen Konflikte mit Pflegeheimen, die keine Suizidhilfe in ihrer Institution zulassen, oder mit Hausärztinnen und -ärzten, die nicht mit Suizidhilfeorganisationen kooperieren bzw. sie sogar anzeigen, können durch die Ergebnisse der schriftlichen Befragung weder bestätigt noch widerlegt werden.

*Frage 5: Welche Regelungen wünschen sich Ärztinnen und Ärzte bei dem Vollzug von Suizidhilfe, die über Art. 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches hinausgehen? Werden Änderungen der SAMW-Richtlinien erwünscht und wenn ja, welche?*

In der schriftlichen Befragung zeigt sich hinsichtlich der Einstellung zum Standesrecht ein ähnliches Bild wie in den qualitativen Interviews: Die an der Befragung teilnehmenden Personen scheinen zwischen verschiedenen *Ebenen von Handlungsnormen und -optionen* zu unterscheiden. So kann eine Person persönlich Suizidhilfe ablehnen und für sich als Handlungsoption ausschliessen, zugleich aber ärztliche Suizidhilfe in den standesethischen Richtlinien, die einen normativ breiteren Handlungsrahmen für die Ärzteschaft abstecken, unterstützen.

Mit Blick auf das *Kriterium des Lebensendes* tritt in der schriftlichen Befragung eine bemerkenswerte Diskrepanz zutage. Nach den SAMW-Richtlinien ist eine notwendige Bedingung für die Zulässigkeit von Suizidhilfe, dass die betroffene Person voraussichtlich nur noch wenige Tage oder Wochen lebt. Eine grosse Mehrheit (rund drei Viertel) gab an, diese Bedingung solle in den Richtlinien beibehalten werden. Dies steht im klaren Widerspruch zu den Aussagen bezüglich der Zulässigkeit von Suizidhilfe in konkreten Krankheitssituationen. In der Bewertung der konkreten Krankheitssituationen wird ersichtlich, dass nur eine Minderheit von 10% die Meinung vertritt, Suizidhilfe sei auf Personen am Lebensende zu beschränken. Dieser Minderheit steht eine grosse Mehrheit von rund 70% gegenüber, die Suizidhilfe auch bei Personen im nicht-terminalen Stadium vertretbar findet.

Die Diskrepanz zwischen der Meinung, die Bedingung vom nahen Lebensende solle in den SAMW-Richtlinien beibehalten werden, und der geäusserten Haltung, Suizidhilfe sei auch bei nicht-terminaler Erkrankung zulässig, scheint in der schriftlichen Befragung noch an anderer Stelle auf. So zeigten sich vier Fünftel aller Antwortenden bereit, die *standesrechtlichen Voraussetzungen* der Urteilsfähigkeit und Wohlerwogenheit des Suizidwunsches zu *prüfen* – darunter auch Ärztinnen und Ärzte, die Suizidhilfe grundsätzlich ablehnen. Die Bereitschaft zu überprüfen, ob die Person am Lebensende steht, ist dagegen weitaus geringer. Nur gut zwei Drittel wären zu dieser Prüfung bereit. Besonders eindrücklich sind die Zahlenverhältnisse in der Gruppe, die potenziell zur Suizidhilfe bereit wären. So würden in dieser Gruppe fast alle (90%) die Kriterien der Urteilsfähigkeit und Wohlerwogenheit überprüfen, jedoch nur gut zwei Drittel (66%) das Kriterium des Lebensendes. Es gibt also eine Minderheit von 12% aller Teilnehmenden, die zur Suizidhilfe bereit wären, ohne alle standesrechtlichen Kriterien zu überprüfen.

Diese Diskrepanzen bezüglich des Lebensendes als notwendige Bedingung für die Zulässigkeit von Suizidhilfe sind erklärungsbedürftig. Durch die wiederholte explizite Erörterung im Fragebogen, was Lebensende im Sinne der SAMW bedeutet (Tage bis einige Wochen bis zum Eintritt des Todes) ist ein sprachliches Missverständnis auszuschliessen. Als mögliche Erklärung der Diskrepanz wurde vorgeschlagen, dass das in den SAMW-Richtlinien aufgeführte Kriterium vom nahen Lebensende nur für die wenigsten eine Ideallösung darstellt. Die Mehrheit mag das Kriterium als *Kompromiss* unterstützen, um Schlimmeres zu vermeiden: je nach Grundhaltung eine Lockerung oder Verschärfung der standesrechtlichen Bedingungen oder auch zur Vorbeugung einer völligen Schrankenlosigkeit im Standesrecht. In den qualitativen Interviews wurde das Kriterium des nahen Lebensendes explizit kritisiert, da es in diskriminierender Weise Patientengruppen pauschal von der Suizidhilfe ausschliesse, denen man angesichts ihres Leidens oder im Einzelfall diese Option ebenfalls gewähren wolle. Falls dieser Erklärungsversuch plausibel ist, würde er die faktische Verbindlichkeit der SAMW-Richtlinien in der ärztlichen Praxis jedoch zugleich in Frage stellen und darauf hinweisen, dass die Akzeptanz des Lebensende-Kriteriums innerhalb der untersuchten Stichprobe der Ärzteschaft umstritten ist.

Unterschiedliche Positionen wurden auch zum Thema „*Zweitmeinung*“ geäussert. Während die Mehrheit an dem Einholen einer Zweitmeinung zur Urteilsfähigkeit und zur Beurteilung des Suizidwunsches als Bedingung festhält, ist strittig, ob eine Ärztin bzw. ein Arzt diese Zweitmeinung abgeben sollte. Die aktuellen SAMW-Richtlinien schreiben dies nicht vor, jedoch würde knapp die Hälfte der Antwortenden eine ärztliche Zweitmeinung vorziehen. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis aus den qualitativen Interviews aufzunehmen, dass die Feststellung der Urteilsfä-



higkeit einer professionellen Abklärung bedarf und auch eine gute Dokumentation derselben erfordert, um allfällige später auftretende Konflikte besser beilegen zu können.

Auch bezüglich der Bewertung von Suizidhilfe zeigt sich eine Abweichung zu den aktuellen Standardsrichtlinien. Während die SAMW die Suizidhilfe lediglich als *Gewissensentscheid* toleriert – eine Position, die nur von einem Viertel aller Antwortenden unterstützt wird – spricht sich die Hälfte der Antwortenden dafür aus, Suizidhilfe als *freiwillige ärztliche Tätigkeit* zu sehen und folgt damit der Schweizer Rechtsprechung. Auch in den qualitativen Interviews wurde vor allem die Freiwilligkeit und Autonomie der Ärztinnen und Ärzte, Suizidhilfe zu gewähren bzw. vorzuenthalten, betont, dies jedoch begrifflich nicht als „Gewissensentscheid“ formuliert, sondern als freiwillige ärztliche Tätigkeit.

*Frage 6: Wie werden von der Ärzteschaft mögliche Folgen einer Ausweitung der Suizidhilfe eingeschätzt?*

Die Einschätzung möglicher Folgen einer Ausweitung ärztlicher Suizidhilfe *hängt stark mit der eigenen Grundhaltung gegenüber Suizidhilfe zusammen*. Eine zumindest tolerierende Haltung gegenüber ärztlicher Suizidhilfe korreliert eher mit einer positiven Einschätzung solcher Auswirkungen (steigendes Patientenvertrauen, steigende Patientenzufriedenheit, steigende Bedeutung der Palliativmedizin), während Personen mit ablehnender Haltung eher negative Auswirkungen erwarten. Gross ist aber auch der Anteil derjenigen, die keine Auswirkungen sehen, zum Beispiel bezüglich der Entwicklung der Bedeutung der Palliativmedizin. Die Frage, ob durch eine Lockerung der SAMW-Richtlinien ein erhöhter Druck auf die Ärzteschaft zur Suizidhilfe eintreten würde, wurde mehrheitlich bejaht. Diese Tendenz kann jedoch je nach Grundhaltung positiv oder negativ bewertet werden. Ein steigender Druck auf Patientinnen und Patienten, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, wird dagegen unabhängig von der persönlichen Grundhaltung als Risiko gesehen und nach Einschätzung von 43% der Befragungsteilnehmenden bei einer Lockerung der SAMW-Richtlinien eintreten. Rund die Hälfte erwartet zudem, dass die Lockerung der Richtlinien die Bereitschaft zur Tötung auf Verlangen erhöhen wird, knapp ein Drittel erwartet diese Tendenz auch bei der Tötung nicht-urteilsfähiger Patientengruppen. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an die im Rahmen der qualitativen Interviews erörterten Konflikte, wonach Patientinnen und Patienten aufgrund einer Demenz oder aus körperlichen Gründen im fortgeschrittenem Krankheitsstadium keine Suizidhilfe mehr in Anspruch nehmen könnten und als Konsequenz davon in einem entsprechend früheren Krankheitsstadium darum bitten. In Anbetracht solcher Konfliktfälle erstaunt es nicht, dass auch die angenommene Tendenz einer erhöhten Bereitschaft zur Tötung auf Verlangen je nach Grundhaltung positiv oder negativ beurteilt werden kann.

Vor dem Hintergrund der Studienergebnisse ist das Projektteam der Auffassung, dass unter anderem die folgenden Punkte in der weiteren *internen Diskussion der SAMW* Berücksichtigung finden sollten:

1. In der öffentlichen Kommunikation der SAMW wäre es für ein einheitliches *Begriffsverständnis* förderlich, nochmals explizit hervorzuheben, welche Tätigkeiten rechtlich unter den Begriff der Suizidhilfe fallen und welche nicht.
2. Viele Ärztinnen und Ärzte sind mit ernsthaften *Suizidwünschen* konfrontiert, nur wenige leisten tatsächlich *Suizidhilfe*. Hier gälte es zum einen zu überlegen, inwiefern und mit welcher Ausführlichkeit sich die SAMW mit dem Umgang mit Suizidhelfewünschen auseinandersetzen möchte, um hier der betroffenen Ärzteschaft Empfehlungen an die Hand zu geben. Zum anderen ist abzuwägen, welche Mittel zur Verfügung stünden bzw. welche Massnahmen angestrebt werden sollten, um die Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte, die Suizidhilfe leisten, vollumfänglich SAMW-Richtlinien konform zu gestalten, d.h. die Prüfung aller aus Sicht der SAMW notwendigen Voraussetzungen für Suizidhilfe zu gewährleisten.
3. Das Kriterium des *Lebensendes* als eine notwendige Bedingung für Suizidhilfe sollte eingehend diskutiert werden, da es die entscheidende Schaltstelle für den Ein- und Ausschluss bestimmter Patientengruppen darstellt. Die in der schriftlichen Befragung aufgezeigten Diskrepanzen zwischen der Haltung einer deutlichen Mehrheit, dass Suizidhilfe auch für Personen, die nicht am Lebensende stehen, zulässig ist, und der zugleich geäußerten Meinung, das Kriterium als Bedingung für Suizidhilfe in den SAMW-Richtlinien beizubehalten, ist als eine Ambivalenz in der Einstellung gegenüber Suizidhilfe ernst zu nehmen. Hier bedarf es für die Ärzteschaft einer klärenden und offenen Diskussion über die aus Sicht der SAMW ethisch angemessene Stellung des Kriteriums.
4. Die Diskrepanz zwischen den SAMW-Richtlinien, in denen ärztliche Suizidhilfe als *Gewissensentscheid* beschrieben wird, und der Rechtsprechung, die von einer „freiwilligen ärztlichen Tätigkeit“ spricht, wäre - neben etwaigen anderen offenen rechtlichen Fragen (siehe oben Abschnitt 2.4, S. 15) – zugunsten der Rechtssicherheit für die Ärzteschaft zu klären. Diese Klärung könnte auch darin bestehen, dass konkret erläutert wird, was die SAMW unter einem solchen Gewissensentscheid versteht bzw. welche Differenz sie zum Begriff der „freiwilligen ärztlichen Tätigkeit“ genau sieht.
5. Ebenfalls wäre zu empfehlen, die Diskussion darüber aufzunehmen, ob die *Zweitmeinung* bezüglich Wohlerwogenheit des Suizidwunsches und Urteilsfähigkeit von einem Arzt bzw. einer Ärztin stammen sollte. Darüber hinaus sollte überdacht werden, wie *Urteilsfähigkeit* überprüft und deren Feststellung angemessen und nachvollziehbar dokumentiert werden sollte.

## 7 Literaturverzeichnis

- Bachman, Jerald et al. (1996): Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. *New England Journal of Medicine* 334/5: 303-309.
- Biller-Andorno, Nikola (2013): Der ärztlich assistierte Suizid: Ethische Problemstellungen. *Schweizer Zeitschrift für Onkologie* 3: 36-37.
- Bosshard, Georg et al. (2008): A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. *Journal of Medical Ethics* 34: 28-23.
- Bosshard, Georg (2008): Medizinische Entscheidungen am Lebensende und Beihilfe zum Suizid. *Therapeutische Umschau* 65: 413-416.
- Bosshard, Georg (2012a): Assisted dying – in search of appropriate assistants. *The King's Law Journal* 23: 141-148.
- Bosshard, Georg (2012b): Beihilfe zum Suizid – medizinische, rechtliche und ethische Aspekte. *Schweizerische Rundschau für Medizin – PRAXIS* 101: 183-189.
- Bosshard, Georg et al. (2002): Open regulation and practice in assisted dying: How Switzerland compares with the Netherlands and Oregon. *Swiss Medical Weekly* 132: 527-534.
- Bosshard, Georg et al. (2009): Should assisted suicide be performed by physicians only? Results of a survey among physicians in six European countries and Australia. *Bioethica Forum* 2/1: 4-9.
- Burkhardt, Sandra et al. (2007): L'assistance au suicide en Suisse: la position des médecins. *Revue Medicale Suisse* 3: 2861-2864.
- Burkhardt, Sandra/La Harpe, Romano (2012): Debates about assisted suicide in Switzerland. *Am J Forensic Med Pathol. Dec*; 33 (4): 410-413. doi: 10.1097/PAF.0b013e318273b83f.
- Cohen, Jonathan S. et al. (1994): Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State. *New England Journal of Medicine* 331: 89-94.
- Cohen, Jonathan S. et al. on behalf of the EURELD Consortium (2008): Influence of physicians' life stances on attitudes to end-of-life decisions and actual end-of-life decisionmaking in six countries. *Journal of Medical Ethics* 34: 247-253.
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) (2007): Ergänzungsbericht zum Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“. Bern.
- Fischer, Johannes (2012): Ärztinnen und Ärzte als Spezialisten für das «gute Gelingen»? *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (42): 1546-1548.
- Fischer, Susanne et al. (2005): Swiss doctors' attitudes towards end-of-life decisions and their determinants. A comparison of three language regions. *Swiss Medical Weekly* 135: 370-376.
- Fischer, Susanne et al. (2008): Suicide assisted by two Swiss right-to-die organizations. *Journal of Medical Ethics* 84: 810-814.

- Fischer, Susanne et al. (2009): Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss Medical Weekly* 139 (23-24): 333-338.
- FMH (2008): „Positionspapier: Suizidbeihilfe ist nicht gleich Sterbehilfe“, [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch).
- Grob, Daniel (2012): Vom Umgang mit Sterbewünschen: “ich möchte sterben” heisst nicht “ich will mich umbringen”. *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (13): 493f.
- Hotz, Klaus P. (2012): Barbiturat – das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital NaP. In: Wehrli, Hans et al. (Hrsg.): *Der organisierte Tod: Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Zürich: Orell Füssli: 233-242.
- Imhof, Lorenz et al. (2011): Content of health status reports of people seeking assisted suicide: a qualitative analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy* August, Volume 14, Issue 3, 265-272.
- Löfmark, Rurik et al. (2008): Physicians' experiences with end-of-life decision-making: Survey in 6 European countries and Australia. *BMC Medicine* 6/4.
- Moynier-Vantieghem Kanine et al. (2010): Demands for death (suicide assistance and euthanasia) palliative medicine. *Rev Med Suisse*. Feb 3;6 (234): 261-265.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2005): Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr. 9/2005 ([www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch)).
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2006): Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme Nr. 13/2006 ([www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch)).
- Peterková, Helena (2013): *Sterbehilfe und die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes*. Bern: Stämpfli.
- Pfister, Eliane/Biller-Adorno, Nikola (2010a): The reception and implementation of ethical guidelines of the Swiss Academy of Medical Sciences in medical and nursing practice. *Swiss Medical Weekly*. Mar 20; 140 (11-12): 160-167. doi: smw-12647.
- Pfister, Eliane/Biller-Adorno, Nikola (2010b): Physician-Assisted Suicide: Views of Swiss Health Care Professionals. *Bioethical Inquiry* 7: 283-285.
- Quill, Timothy (2012): Physicians should “assist in suicide” when it is appropriate. *J Law Med Ethics* 40: 57-65.
- Sax, Anna (2013): Suizidhilfe – (k)eine ärztliche Aufgabe? Bericht von der Podiumsdiskussion der Schweizerischen Ärztezeitung vom 27. November 2012 in Basel. *Schweizerische Ärztezeitung* 94 (4): 108-111.
- Schafroth, Martina (2012): Suizidhilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben. Die Zeit ist reif für eine Anpassung der SAMW-Richtlinien. *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (34): 1226-1227.
- Schwarzenegger, Christian et al. (2012): Einstellungen der Mediziner und Juristen sowie der Allgemeinbevölkerung zur Sterbehilfe und Suizidbeihilfe. In: Wehrli, Hans et al. (Hrsg.): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende. Pro und Contra*. Zürich: Orell Füssli: 209-232.

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013): Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. ([www.samw.ch](http://www.samw.ch)) [2004].
- Stratenwerth, Günter/Wohlers, Wolfgang (2013): Schweizerisches Strafgesetzbuch – Handkommentar. Bern: Stämpfli.
- Trechsel, Stefan (2008): Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar. Zürich: Dike.
- Van der Heide A, et al. (2003): EURELD End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. Lancet 362: 345-350-
- Wagner, Birgit et al. (2012): Death by request in Switzerland: posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. European Psychiatry. Oct; 27 (7): 542-546.



## 8 Anhang

### 8.1 Materialien zu Kapitel 4 „Ergebnisse der Leitfadeninterviews (qualitativer Studienteil)“

#### 8.1.1 Interviewleitfaden

##### Deutsche Fassung

##### 1. Begriffsklärung: Abgrenzung der Suizidhilfe von Sterbehilfe

Was verstehen Sie unter Suizidhilfe? Welche Handlungen fallen unter diesen Begriff?

Ist Suizidhilfe für Sie dasselbe wie Suizidbeihilfe und assistierter Suizid? Wo liegen für Sie Unterschiede/Gemeinsamkeiten?

Ist Suizidhilfe dasselbe wie Sterbehilfe? Wo liegen für Sie Unterschiede/Gemeinsamkeiten?

##### 2. Persönliche Einstellung zur Suizidhilfe grundsätzlich und gegenüber bestimmten Patientengruppen

Lehnen Sie persönlich Suizidhilfe grundsätzlich ab? Das heisst, sollte Suizidhilfe in keinem Fall geleistet werden?

Stimmen Sie persönlich Suizidhilfe grundsätzlich zu? Das heisst, sollte Suizidhilfe auf Wunsch immer geleistet werden?

Welche Umstände müssen für Sie gegeben sein, damit aus Ihrer Sicht Suizidhilfe geleistet werden darf?

Spielt der Schweregrad der Erkrankung eine Rolle? (terminal/am Lebensende) Warum?

Spielt der Schweregrad des Leidens eine Rolle? Warum?

Soll Suizidhilfe auch bei chronisch progredient erkrankten Patienten geleistet werden? Warum?

Soll Suizidhilfe auch bei psychiatrischen Patienten geleistet werden? Warum?

Gibt es Patientengruppen, die Sie von vornherein für eine Suizidhilfe ausschliessen würden? Warum?

Sollte Suizidhilfe auch für hochbetagte, lebensmüde Menschen möglich sein? Warum?

Spielt die Veränderbarkeit der Situation, unter der ein Mensch leidet, eine Rolle für den Entscheid für oder gegen Suizidhilfe? (z.B. soziale Isolation kann geändert werden, eine Krebserkrankung im Endstadium nicht)

Was ist für Sie entscheidend, damit ein Suizidwunsch Sie überzeugt? Warum?

Muss der Patient/die Patientin bestimmte Persönlichkeitseigenschaften mitbringen, um seinen/ihren Wunsch nach Suizidhilfe zu erfüllen? Welche? Warum?

Kann man als sehr kranker Mensch Ihrer Ansicht nach einen freien Entscheid zum assistierten Suizid fällen?

### **3. Angemessene Rolle der Ärzteschaft zur Suizidhilfe. Vereinbarkeit mit den Zielen der Medizin**

Unabhängig davon, ob Sie persönlich Suizidhilfe leisten würden: Soll es für Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz möglich sein, Suizidhilfe zu leisten?

Welche Tätigkeiten dürfen im Zusammenhang mit Suizidhilfe von einer Ärztin oder einem Arzt ausgeführt werden?

Was sind für Sie die Ziele der Medizin?

Ist Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin vereinbar? Warum? (Mitleidsprinzip: Linderung von Leiden)

Was wären aus Ihrer Sicht die Konsequenzen, wenn Suizidhilfe zu den Aufgaben der Medizin gehören würden? (Notwendigkeit der allgemeinen Zugänglichkeit, der Qualitätssicherung, der breiten Lehre und Forschung, die Gefahr Etablierung der Suizidhilfe als Routinelösung etc. aber auch die Forderung als Konsequenz auch die Tötung auf Verlangen zu den Zielen der Medizin zu zählen und in speziellen Fällen auch die Tötung ohne ausdrückliches Verlangen, wie beim Groningen-Protokoll in Holland)

In welchem Verhältnis stehen Suizidhilfe und Palliativmedizin (entweder-oder; sowohl-als auch; das eine ist ein Teil vom anderen)

Welche Chancen bietet die Suizidhilfe für Ärztinnen und Ärzte und für Patientinnen und Patienten?

### **4. Regelungen von Suizidhilfe**

#### **A. Gesetze**

Kennen Sie das Gesetz zur Suizidhilfe (Art. 115 StG) und das Betäubungsmittelgesetz?

Halten Sie die gegenwärtige Regelungen für ausreichend/zu restriktiv/ zu liberal?

Welche Schutzmassnahmen und Restriktionen wünschen Sie sich für die Regelung der Suizidhilfe?

- Wer darf sie ausführen, wer nicht
- Mit welchen Mitteln
- An welchen Orten (Spital, Pflegeheim, zu Hause, öffentlicher oder privater Ort)
- Unter welchen Voraussetzungen (Krankheitsart, Schwere des Leidens, Urteilskraft; Abklärungen des geistigen und psychischen Zustandes)

#### **B. SAMW-Richtlinien**

Kennen Sie die Richtlinien der SAMW zum Lebensende, in der auch der ärztlich assistierte Suizid geregelt wird?



Welche Folgen hätte es, wenn ärztliche Suizidhilfe auch für Patientinnen und Patienten mit chronisch progredienten Erkrankungen, die nicht am Lebensende stehen, möglich wird? Welche? Warum?

Welche Folgen hätte es, wenn ärztliche Suizidhilfe auch für Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen, die nicht am Lebensende stehen, möglich wird? Welche? Warum?

Welche Folgen hätte es, wenn ärztliche Suizidhilfe auch für hochbetagte Menschen mit genereller Lebensmüdigkeit möglich wird? Welche? Warum?

Glauben Sie, dass mit der Ausweitung der ärztlichen Suizidhilfe der Druck auf alle Ärztinnen und Ärzte steigt, Suizidhilfe anzubieten?

## 5. Eigene Erfahrungen mit Suizidhilfe

Haben Sie schon einmal Suizidhilfe geleistet? (Ausstellen eines Rezeptes; Begleitung)

Haben Sie schon einmal einen Suizidwunsch unterstützt? (Vermerk im Patientendossier; Abklärung von Urteilsfähigkeit)

Haben Sie schon einmal über Suizidhilfeorganisationen informiert?

Wie würden Sie die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten beschreiben, die Sie in ihren Anliegen durch Information, Dokumentation, Abklärung, Rezept oder Begleitung unterstützt haben?

Was war für Ihren Entscheid zur Unterstützung oder Hilfe zum Suizid der ausschlaggebende Grund? (z.B. Art der Krankheit; Ausmass der Schmerzen; Beeindrucktsein von der Persönlichkeit der suizidwilligen Person?)

Wie haben Sie die Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person festgestellt?

Wie haben Sie festgestellt, dass der Wunsch zum Suizid freiwillig und nicht unter Druck entstanden ist?

Wie haben Sie festgestellt, dass der Suizidwunsch nicht Ausdruck einer akuten Depression ist?

Empfinden Sie das Leisten von Suizidhilfe als persönlich belastend? Wie äussert sich das? In welchen Situationen besonders? Wie gehen Sie damit um?

Würden Sie Suizidhilfe leisten, wenn Sie darum gebeten werden? Zu welchen Handlungen wären Sie genau bereit?

Gäbe es Personen, bei denen Sie nie Suizidhilfe leisten würden? Welche? Warum?

## 6. Konfliktsituationen im Zusammenhang mit Suizidhilfe

Haben Sie schon einmal Konflikte im Zusammenhang mit geleisteter oder abgelehnter Suizidhilfe selber erlebt oder davon gehört?

Beispiel:

- Angehörige
- Vorgesetzter
- Verbot, Suizidhilfe in der Institution (Spital, Pflegeheim) zu leisten

- Unsicherheit bezüglich Urteilkraft, Wissensstärke und Authentizität des Suizidwunsches
- Unsachgemässer Vollzug von Suizidhilfe

## 7. Rolle der Angehörigen

Spielt es für Sie eine Rolle, ob die Familie den Suizidwunsch unterstützt?

Sollte sich die Familie beim Suizidentscheid raushalten?

Ein gewaltsamer Suizid kann traumatisierende Auswirkungen auf die Familie haben. Ist das für Sie ein Grund, in Fällen, in denen ein gewaltsamer Suizid zu befürchten ist, Suizidhilfe zu leisten?

Auch ein assistierter Suizid, an dem Angehörige teilnehmen, kann traumatisch für die Angehörigen sein. Sollte man Ihrer Meinung nach auf eine Suizidbegleitung durch die Angehörigen verzichten?

## Französische Fassung

### *(traduction de travail à l'usage de l'intervieweur seulement)*

#### 1. Terminologie

Qu'est-ce pour vous l'aide/l'assistance au suicide ? Quels actes englobe-t-elle ?

Y'a-t-il selon vous une différence entre l'aide au suicide et l'assistance au suicide ?

Quel est pour vous la différence entre l'aide/l'assistance au suicide et l'euthanasie ?

#### 2. Attitudes vis-à-vis de l'assistance au suicide (AS)

Etes-vous, par principe, opposé à l'AS ? C'est-à-dire : Ne devrait-elle jamais être accordée ?

Etes-vous, par principe, favorable à l'AS ? C'est-à-dire : Devrait-elle être accordée à toute personne désirant de mourir ?

Quelles circonstances doivent être remplies pour que l'AS puisse être accordée ?

Est-ce que le degré de gravité de la maladie doit-être pris en compte (phase terminale) ? Pourquoi ?

Est-ce que le degré de souffrance doit-être pris en compte ? Pourquoi ?

Doit-on accorder l'AS à des patients souffrant d'une maladie chronique ? Pourquoi ?

Doit-on accorder l'AS à de patients souffrant d'une maladie psychique ? Pourquoi ?

Y'a-t-il des groupes de personnes/patients que vous excluriez d'emblée de toute AS ? Pourquoi ?

Est-ce que l'AS devrait être accessible à des personnes de grand âge, fatiguées de vivre ?

Pour prendre en décision en faveur ou en défaveur d'une AS, est-il important selon vous si la situation dont la personne souffre soit influençable (p.ex. un isolement social est influençable, un cancer en phase terminale ne l'est pas) ?

Qu'est ce qui détermine si un désir de mourir vous paraît convaincant ?

Y'a-t-il, auprès du patient, des traits de la personnalité qui doivent être réunis pour qu'une AS peut être accordée ? Lesquels et pourquoi ?

Une personne atteinte d'une maladie grave, peut-elle décider librement de vouloir mettre fin à sa vie ?

### **3. Rôle adéquat du corps médical en matière d'AS ; compatibilité avec les buts de la médecine**

Indépendamment de votre disponibilité personnelle : Les médecins devraient-ils être autorisés à s'impliquer dans l'AS ?

Quels actes devraient-être autorisés ?

Quels sont pour vous les buts de la médecine ?

L'AS est-elle compatible avec ces buts de la médecine ? Pourquoi ?

Quelles seraient les conséquences si l'AS faisait partie des tâches médicales ?

Quel est selon vous le rapport entre l'AS et la médecine palliative (complémentarité ou concurrence) ?

Quelles opportunités offre l'AS aux médecins resp. aux patients ?

### **4. Réglementation de l'AS**

#### **A. Loi**

Etes-vous familier avec l'art. 115 CP et la Loi sur les stupéfiants ?

Le cadre légal actuel est-il, selon vous, suffisant/trop restrictif/trop libéral ?

Quelles mesures de protection ou restrictions souhaiteriez-vous pour la pratique de l'AS ? P.ex. :

Qui doit pouvoir l'exercer ?

Avec quels moyens ?

A quels endroits ?

Sous quelles conditions ?

#### **B. Directives de l'ASSM**

Etes-vous familier avec les directives de l'ASSM sur la fin de vie ?

Quelles seraient les conséquences si le suicide médicalement assisté était accessible également pour des patients atteints d'une maladie chronique qui ne sont pas en fin de vie ? Pourquoi ?

Quelles seraient les conséquences si le suicide médicalement assisté était accessible également pour des patients atteints d'une maladie psychique ? Pourquoi ?

Quelles seraient les conséquences si le suicide médicalement assisté était accessible également pour des personnes de grand âge, fatiguées de vivre ? Pourquoi ?

Pensez-vous qu'un élargissement du suicide médicalement assisté entraînerait une pression accrue sur les médecins d'accorder l'AS ?

### **5. Propres expériences**

Avez-vous été impliqué dans l'AS (prescription d'un barbiturique ; accompagnement) ?

Avez-vous accordé votre soutien à une requête en matière d'AS (dossier d'un patient ; examen de la capacité de discernement) ?

Avez-vous informé sur une organisation d'AS ?

Comment décrire votre relation aux patients que vous avez soutenus ?

Quelles étaient pour vous les raisons décisives pour soutenir la personne en question ?

Comment avez-vous déterminé la capacité de discernement de la personne ?

Comment avez-vous déterminé si la décision du patient fut prise librement et sans pression extérieure ?

Comment avez-vous déterminé que le désir du patient ne fut pas l'expression d'une dépression actuelle ?

L'AS représente-t-elle pour vous une charge émotionnelle ? Dans quelles situations particulièrement ? Comment les gérez-vous ?

Seriez-vous disponible d'assister une personne à se suicider ? Et, si oui, à quels actes ?

Y'a-t-il des personnes que vous excluriez par principe de toute AS ? Lesquelles et pourquoi ?

## **6. Situations de conflit**

Avez-vous été confronté à des situations de conflit en lien avec une AS accordée ou refusée ?  
Avez-vous entendu de ce genre de conflits ?

## **7. Rôle des proches**

Est-il important selon vous si la famille soutient le désir de mourir d'une personne ?

La famille devrait-elle se tenir à l'écart dans le processus de prise de décision ?

L'AS peut-elle prévenir à des traumatismes familiaux engendré par un suicide violent ?

Est-ce que les proches devraient-ils, étant donné les traumatismes potentiels, renoncer à l'accompagnement d'un suicide ?

### 8.1.2 Datenbogen

Folgender Datenbogen wurde von den Gesprächspersonen ausgefüllt.

Alter			
Geschlecht			
Nationalität			
Kanton des Arbeitsortes			
Arbeitsort	Stadt	Land	
Facharztweis und Haupttätigkeit			
Arbeitsstätte	Spital	Freie Praxis	
Berufsjahre			
Religionszugehörigkeit	Name:		
	Praktizierend:	Ja	Nein
	Keine Religion		
	Keine Angabe		
Haben Sie schon einmal Suizidhilfe geleistet?	Ja	Nein	Keine Angabe
Wie oft wurden Sie angefragt für....	<p>... Informationen über Suizidhilfeorganisationen:</p> <p>... für die Weiterleitung des Patientendossiers an eine Suizidhilfeorganisation:</p> <p>... für eine Beurteilung der Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person:</p> <p>... für eine ergänzende psychiatrische Beurteilung:</p> <p>... für das Ausstellen eines Rezepts über ein Barbiturat:</p> <p>... für die Begleitung eines Suizids:</p>		

## 8.2 Materialien zu Kapitel 5 “Ergebnisse der schriftlichen Befragung (quantitativer Studienteil)”

### 8.2.1 Zusammensetzung der Grundgesamtheit und der Stichprobe, Rücklaufquote

Tabelle A1 zeigt für verschiedene Merkmale der Grundgesamtheit, der kontaktierten sowie der an der Studie teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte die Häufigkeiten der einzelnen Ausprägungen.

**Tabelle A1:** Rücklauf: Anteile verschiedener Gruppen an der Grundgesamtheit, an den Kontaktierten und an den Befragungsteilnehmenden

Gruppen	Ärzte gesamt		Kontaktierte		Teilnehmende		
	Anzahl	In %	Anzahl	In %	Anzahl	In %	Rücklauf
<b>Stichprobe</b>							
Basis-Stichprobe (Zufallsziehung)			3'226	67%	810	61%	25%
Zusatz-Stichprobe (Fachdisziplinen)			1'611	33%	498	38%	31%
keine Angabe					10	1%	
TOTAL	31'555		4'837		1'318		
<b>Sprachregion</b>							
Deutsche Schweiz	22'066	70%	2'771	57%	766	58%	28%
Französische Schweiz	8'171	26%	1'376	28%	377	29%	27%
Italienische Schweiz	1'318	4%	690	14%	175	13%	25%
<b>Geschlecht</b>							
Männlich	20'426	61%	3'171	66%	831	63%	26%
Weiblich	12'816	39%	1'666	34%	487	37%	29%
<b>Diplom seit Anzahl Jahren</b>							
0 bis 14	10'441	33%			330	25%	
15 bis 29	14'591	46%			547	42%	
30 oder mehr	6'523	21%			433	33%	
keine Angabe		0%			8	1%	
<b>Sektor</b>							
Spitalarzt	15'127	46%			537	41%	
Freie Praxis / ambulant	17'554	53%			705	53%	
übrige, keine Angabe	561	2%			76	6%	
<b>Disziplin</b>							
Hausarztmedizin	6'569	20%	866	18%	312	24%	36%
Ärzte mit Schwerpunkt Geriatrie	195	1%	195	4%	81	6%	42%
Psychiatrie und Psychotherapie	3'426	10%	760	16%	236	18%	31%
Medizinische Onkologie	282	1%	282	6%	81	6%	29%
Neurologie	503	2%	503	10%	119	9%	24%
übrige oder keine Angabe	22'267	67%	2'231	46%	489	37%	22%

Quellen: Ärztestatistik FMH; Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

Hinweise zur Quelle der ausgewiesenen Fallzahlen nach den verschiedenen Merkmalen:

*Stichprobe:* Die Angaben in der Spalte „Ärzte gesamt“ stammen aus dem tagesaktuellen Datensatz (Februar 2014) der FMH, auf dessen Basis die Stichprobe gezogen wurde.

*Sprachregion:* Die Angaben in der Spalte „Ärzte gesamt“ stammen aus dem tagesaktuellen Datensatz (Februar 2014) der FMH, auf dessen Basis die Stichprobe gezogen wurde.

*Geschlecht:* Die Angaben in der Spalte „Ärzte gesamt“ entstammen der Ärztestatistik der FMH, Stand 2013; Interaktives Abfragetool: <http://www.fmh.ch/services/statistik/aerztestatistik.html>; 25.6.2014.

*Diplom seit Anzahl Jahren:* Die Angaben in der Spalte „Ärzte gesamt“ stammen aus dem tagesaktuellen Datensatz (Februar 2014) der FMH, auf dessen Basis die Stichprobe gezogen wurde. Aufgrund der fehlenden Angabe zum Jahr der Diplomierung wurden die Werte anhand des Alters näherungsweise geschätzt. Ärzte von 25-39 Jahren wurden der Kategorie „0 bis 14“ zugeordnet; Ärzte von „40-55“ Jahren wurden der Kategorie „15-29“ zugeordnet. Ärzte von mehr als 55 Jahren wurden der Kategorie 30 oder mehr zugeordnet. Die gruppenspezifischen Rücklaufquoten können hier aufgrund fehlender Angaben im Datensatz der kontaktierten Ärztinnen und Ärzte nicht ermittelt werden.

*Sektor:* Die Angaben in der Spalte „Ärzte gesamt“ entstammen der Ärztestatistik der FMH, Stand 2013; Interaktives Abfragetool: <http://www.fmh.ch/services/statistik/aerztestatistik.html>; 25.6.2014. Die gruppenspezifischen Rücklaufquoten können hier aufgrund fehlender Angaben im Datensatz der kontaktierten Ärztinnen und Ärzte nicht ermittelt werden.

*Disziplin:* Die Angaben in der Spalte „Ärzte gesamt“ entstammen der Ärztestatistik der FMH, Stand 2013; Interaktives Abfragetool: <http://www.fmh.ch/services/statistik/aerztestatistik.html>; 25.6.2014. *Besonderheit Hausarztmedizin:* Die Anzahl Hausärztinnen und Hausärzte wurden geschätzt anhand der Anzahl berufstätiger Ärzte der Disziplinen „Allgemeine Innere Medizin“ sowie „Praktischer Arzt/Praktische Ärztin“, die in freier Praxis tätig sind. Der für die Grundgesamtheit ermittelte Anteil Hausärzte an diesen Disziplinen wurde auch für die Schätzung des Anteils an den Kontaktierten in der Basisstichprobe zugrunde gelegt. Unter den Teilnehmenden konnte auf die Angabe in der Befragung abgestützt werden (Frage 13.5).

### **8.2.2 Gewichtung der Antworten**

In der Befragung wurde die Anzahl kontaktierter Ärztinnen und Ärzte in einzelnen Sprachregionen und Fachdisziplinen im Vergleich zur Grundgesamtheit gezielt aufgestockt, um zuverlässige Auswertungen für jede Gruppe zu ermöglichen. Für verallgemeinerbare Aussagen über die interessierende Grundgesamtheit (= *an der Thematik interessierte und von ihr betroffene Ärzteschaft*), mussten somit die Antworten so gewichtet werden, dass das Gesamtgewicht der verschiedenen Gruppen wieder ihrem realen Gewicht der Grundgesamtheit entsprach.

Bei der Gewichtung wurde ausgegangen vom realen Anteil der jeweiligen Kategorie (z.B. Hausarztmedizin in der Deutschschweiz), aber auch der Rücklauf in der jeweiligen Kategorie berücksichtigt. Das Zielgewicht sollte dem zu erwartenden Rücklauf bei einer reinen Zufallsstichprobe an Kontaktierten aus der Grundgesamtheit entsprechen. Tabelle A2 zeigt die entsprechenden Werte.

**Tabelle A2:** Ermittlung von Gewichtungsfaktoren (Sprachregion \* medizinische Fachdisziplin)

Merkmalsausprägung	Ärzte gesamt		Kontaktierte		Teilnehmende			Gewichtung		
	Absolut	Reales Gewicht	Absolut	Reales Gewicht	Absolut	Reales Gewicht	Rücklauf	Hypothesisches N	Zielgewicht	Faktor
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>Deutschschweiz</b>										
Hausarztmedizin	4'594	13.8%	456	9.4%	154	11.7%	33.8%	225.7	17.8%	<b>1.520</b>
Geriatrie	136	0.4%	109	2.3%	47	3.6%	43.1%	8.6	0.7%	<b>0.189</b>
Psychiatrie und Psychotherapie	2'396	7.2%	458	9.5%	145	11.0%	31.7%	110.4	8.7%	<b>0.790</b>
Medizinische Onkologie	197	0.6%	194	4.0%	62	4.7%	32.0%	9.2	0.7%	<b>0.153</b>
Neurologie	352	1.1%	363	7.5%	80	6.1%	22.0%	11.3	0.9%	<b>0.146</b>
übrige, k.Angabe	15'571	46.8%	1'191	24.6%	278	21.1%	23.3%	528.9	41.6%	<b>1.974</b>
<b>Französische Schweiz</b>										
Hausarztmedizin	1'701	5.1%	207	4.3%	75	5.7%	36.2%	89.5	7.0%	<b>1.239</b>
Geriatrie	50	0.2%	76	1.6%	31	2.4%	40.8%	3.0	0.2%	<b>0.100</b>
Psychiatrie und Psychotherapie	887	2.7%	233	4.8%	67	5.1%	28.8%	37.1	2.9%	<b>0.575</b>
Medizinische Onkologie	73	0.2%	64	1.3%	15	1.1%	23.4%	2.5	0.2%	<b>0.172</b>
Neurologie	130	0.4%	112	2.3%	31	2.4%	27.7%	5.2	0.4%	<b>0.176</b>
übrige, k.Angabe	5'766	17.3%	684	14.1%	158	12.0%	23.1%	193.9	15.3%	<b>1.273</b>
<b>Italienische Schweiz</b>										
Hausarztmedizin	274	0.8%	203	4.2%	83	6.3%	40.8%	16.3	1.3%	<b>0.204</b>
Geriatrie	8	0.0%	10	0.2%	3	0.2%	30.0%	0.4	0.0%	<b>0.123</b>
Psychiatrie und Psychotherapie	143	0.4%	69	1.4%	24	1.8%	34.8%	7.2	0.6%	<b>0.313</b>
Medizinische Onkologie	12	0.0%	24	0.5%	4	0.3%	16.7%	0.3	0.0%	<b>0.074</b>
Neurologie	21	0.1%	28	0.6%	8	0.6%	28.6%	0.9	0.1%	<b>0.113</b>
übrige, k.Angabe	930	2.8%	356	7.4%	53	4.0%	14.9%	20.2	1.6%	<b>0.395</b>
Total	33'242	1	4'837	1	1'318	1		1'270	1	10

Quellen: Ärztestatistik FMH, Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

Nachfolgend wird erläutert, wie die Gewichtungsfaktoren für jede Kategorie ermittelt wurden.

#### *Bildung realer Gewichte jeder Kategorie*

Für jede Sprachgruppe wurden sechs Untergruppen gemäss ihrer Fachdisziplin gebildet. Insgesamt gab es somit 18 Gruppen, denen je ein spezifisches Gewicht zugeordnet werden musste. Danach wurde jeweils das reale Gewicht dieser Gruppe gebildet, in dem Ihr Anteil an der Gesamtzahl errechnet wurde. Zum Beispiel machen die 4'594 Hausärztinnen und Hausärzte der Deutschschweiz 13.8% aller 33'242 Ärztinnen und Ärzte der Grundgesamtheit aus. Die 456 kontaktierten Hausärzte der Deutschschweiz machen 9.4% aller Kontaktierten Ärztinnen und Ärzte aus. Und die 154 teilnehmenden Hausärzte der Deutschschweiz machen 11.4% aller an der Umfrage teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte aus.

#### *Rücklauf jeder Kategorie (Spaltenangaben beziehen sich auf Tabelle A2):*

Basierend auf den absoluten Zahlen an Teilnehmenden im Verhältnis zur Anzahl Kontaktierter wurde für jede Kategorie die Teilnehmendenquote (= Rücklauf) ermittelt.

Rücklauf = Anzahl Teilnehmende / Anzahl Kontaktierte.  
Spalte G = Spalte E / Spalte C



### *Hypothetische Anzahl Teilnehmende jeder Kategorie:*

Zunächst wurde basierend auf dem Rücklauf und dem Realen Anteil der jeweiligen Kategorie eine hypothetische Anzahl Teilnehmende jeder Kategorie errechnet. Da das Gewicht der einzelnen Kategorien unter den Kontaktierten (Spalte D) nicht identisch ist mit ihrem Gewicht in der Grundgesamtheit (Spalte B), ergibt sich in der Summe eine vom realen N abweichende hypothetische Anzahl Teilnehmende:

$$\begin{aligned} \text{Hypothetisches N} &= \text{Rücklauf} * \text{reales Gewicht Ärzte gesamt} * \text{Total Anzahl Kontaktierte} \\ \text{Spalte H} &= \text{Spalte G} * \text{Spalte D} && * \text{Summe (Spalte C)} \end{aligned}$$

### *Zielgewicht jeder Kategorie:*

In einem zweiten Schritt wurde errechnet, welchen Anteil jede Kategorie an der gewichteten Stichprobe haben sollte, damit verallgemeinerbare Aussagen möglich sind.

$$\begin{aligned} \text{Zielgewicht} &= \text{Hypothetisches N jeder Kategorie} / \text{Hypothetisches N total} \\ \text{Spalte I} &= \text{Spalte H} && / \text{Total (Spalte H)} \end{aligned}$$

### *Gewichtungsfaktor:*

Der Faktor, mit dem die einzelnen Antworten jeder Kategorie zu gewichten waren, ergibt sich aus dem Verhältnis ihres realen Gewichts in der Stichprobe zum Zielgewicht. Antwortende aus Kategorien, die in der Stich

$$\begin{aligned} \text{Gewichtungsfaktor} &= \text{Zielgewicht} / \text{reales Gewicht an Teilnehmenden} \\ \text{Spalte J} &= \text{Spalte I} / \text{Spalte F} \end{aligned}$$

## **8.2.3 Operationalisierung von Variablen für Gruppenvergleiche**

### **Soziodemographische und kulturelle Merkmale der Antwortenden**

Nachfolgend wird die Operationalisierung soziodemographischer und kultureller Merkmale beschrieben, die für Gruppenvergleiche herangezogen werden (vgl. Tabelle A3)

*Geschlecht:* Die Zuordnung der Antwortenden nach Geschlecht stützt sich auf die Angabe in der Umfrage; bei den vereinzelt Fällen mit fehlender Angabe stützt sich die Codierung auf die Anrede als „Herr“ oder „Frau“ gemäss Adressdatensatz der FMH.

*Sprachregion:* Die Zuordnung zur Sprachregion stützt sich auf die Angaben im Adressdatensatz der FMH.

**Tabelle A3:** Soziodemographische und kulturelle Gruppen

	Ungewichtet		Gewichtet	
	N	in %	N	%
<b>Alle Antwortenden</b>	1318		1318	
<b>Geschlecht</b>				
Mann	831	63%	817	62%
Frau	487	37%	501	38%
keine Angabe	0	0%	0	0%
<b>Sprachregion</b>				
Deutsch	766	58%	927	70%
Französisch	377	29%	344	26%
Italienisch	175	13%	47	4%
keine Angabe	0	0%	0	0%
<b>Diplom seit Anzahl Jahren</b>				
0 bis 14	330	25%	399	30%
15 bis 29	547	42%	503	38%
30 oder mehr	433	33%	411	31%
keine Angabe	8	1%	6	0%
<b>Bedeutung von Religion und Lebensphilosophie für Entscheidungen am Lebensende</b>				
Wichtig, katholisch	219	17%	205	16%
Wichtig, protestantisch	156	12%	168	13%
Wichtig, andere Religion oder Philosophie	162	12%	170	13%
Wichtig, nicht religiös	144	11%	133	10%
Weniger oder gar nicht wichtig	608	46%	614	47%
Keine Angabe	29	2%	29	2%

Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter und Brauer & Strub.

*Religionszugehörigkeit und ihre Bedeutung für Entscheidungen am Lebensende:* Basierend auf den Antworten zu den Fragen 13.10 und 13.11 wurden fünf Gruppen gebildet: Römisch-katholisch, Religion ist sehr wichtig oder wichtig; protestantisch, Religion ist sehr wichtig oder wichtig; andere Religion oder Philosophie, Religion oder Philosophie sehr wichtig oder wichtig; nicht religiös, Religion oder Philosophie ist sehr wichtig oder wichtig; Restkategorie: Alle Religionen, aber Religion oder Lebensphilosophie ist weniger wichtig oder gar nicht wichtig. Die Formulierung der beiden Fragen haben wir aus dem Fragebogen übernommen, der vom EURELD-Konsortium (European end-of-life decision) entwickelt wurde (van der Heide et al. 2003).

*Diplom seit Anzahl Jahren:* Die Zuordnung stützt sich auf die Angaben der Antwortenden zu Frage, seit wievielen Jahren sie seit dem Erwerb des Arztdiploms berufstätig seien (Frage 13.7): 0 bis 14 Jahre; 15 bis 29 Jahre; 30 oder mehr Jahre.

### **Merkmale des beruflichen Hintergrunds der Antwortenden**

Nachfolgend wird die Operationalisierung soziodemographischer und kultureller Merkmale beschrieben, die für Gruppenvergleiche herangezogen werden (vgl. Tabelle A4)

**Tabelle A4:** Beruflicher Hintergrund der Antwortenden

	Ungewichtet		Gewichtet	
	N	in %	N	%
<b>Alle Antwortenden</b>	1318		1318	
<b>Sektor</b>				
Spitalarzt	537	41%	572	43%
Freie Praxis	705	53%	671	51%
übrige, keine Angabe	76	6%	74	6%
<b>Funktion (Spitalärzte)</b>				
Chefarzt	104	19%	80	14%
Kaderarzt	301	56%	299	52%
Spital- oder Assistenzarzt	123	23%	183	32%
keine Angabe	9	2%	10	2%
<b>Disziplin/Schwerpunkt</b>				
Hausarzt	312	24%	344	26%
Psychiatrie und Psychotherapie	236	18%	161	12%
Medizinische Onkologie	81	6%	12	1%
Neurologie	119	9%	18	1%
Ärzte mit Schwerpunkt Geriatrie	81	6%	12	1%
übrige, k.Angabe	489	37%	771	58%
<b>Tätig in Alters- und Pflegeheim</b>				
regelmässig	227	17%	199	15%
gelegentlich	186	14%	183	14%
nie	861	65%	884	67%
keine Angabe	44	3%	52	4%

Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

*Sektor:* Die Zuordnung stützt sich auf die Angabe der Antwortenden, ob sie hauptsächlich im Spital oder hauptsächlich in freier Praxis tätig sind, oder hauptsächlich eine andere Tätigkeit ausüben (Antworten zu Frage 13.3).

*Funktion (Spitalärzte):* Antwortende, die bei Frage 13.3 angegeben hatten, sie seien hauptsächlich am Spital tätig, wurden nach ihrer hierarchischen Position im Spital befragt (Frage 13.4). Es standen vier Kategorien zur Auswahl: Chefarzt/Chefärztin; Kaderarzt/Kaderärztin; Spitalarzt/Spitalärztin; Assistenzarzt/Assistenzärztin. Aufgrund der geringen Anzahl Antwortenden in der Kategorie Spitalarzt/Spitalärztin (33, ungewichtet), wurde diese Kategorie mit der Kategorie Assistenzarzt/Assistenzärztin zusammengefasst.

*Fachdisziplin/Schwerpunkt:* Die Antwortenden wurden in einem ersten Schritt wie folgt den verschiedenen Fachdisziplinen zugeordnet: Kategorie Hausarzt, wenn der Antwortende hauptsächlich in freier Praxis tätig (Frage 13.3) und angab, er sei als Hausarzt tätig (Frage 13.5); die übrigen Ärztinnen und Ärzte wurden gemäss den Angaben zur Fachdisziplin im Adressdatensatz der FMH zunächst den Kategorien Psychiatrie und Psychotherapie, medizinische Onkologie, Neurologie, übrige oder keine Angabe zugeordnet. In einem zweiten Schritt wurden alle Ärztinnen und Ärzte, die gemäss Adressdatensatz der FMH über einen Schwerpunkt in Geriatrie verfügen in die Kate-

gorie Geriatrie recodiert (bei den meisten handelt es sich dabei um Antwortende aus der allgemeinen inneren Medizin 78 von 81; bei 24 handelt es sich gemäss der Befragung um Hausärzte.

*Tätig in Alters- und Pflegeheim:* Die Antwortenden wurden gemäss Frage 13.6 („sind Sie auch in einem Alters- und Pflegeheim tätig?“) der Umfrage den folgenden Kategorien zugeordnet: Regelmässig; Gelegentlich; Nie.

## **Auf die Haltung und Erfahrung in Bezug auf Suizidhilfe bezogene Merkmale der Antwortenden**

Nachfolgend wird die Operationalisierung von Merkmalen beschrieben, welche sich auf die Haltung zur oder auf Erfahrungen mit der Suizidhilfe beziehen (vgl. Tabelle A5)

*Grundhaltungstypologie:* Die Gliederung der Antwortenden gemäss ihrer Grundhaltung zur ärztlichen Suizidhilfe erfolgte aufgrund der Antworten zu den Fragen 1 (Grundhaltung) und 3 (persönliche Bereitschaft) der Umfrage (vgl. Kapitel 5.2.1. und 5.2.2) Die Zuordnung zu den Kategorien erfolgte wie folgt:

- *Ablehnende:* „Ärzte sollten keine Suizidhilfe leisten“ bei Frage 1 UND „nein“ oder „eher nein“ bei Frage 3.
- *Tolerierende:* „Ärzte ... sollen Suizidhilfe leisten dürfen“ oder „...müssen“ bei Frage 1 UND „nein“ oder „eher nein“ bei Frage 3.
- *Potenziell Bereite:* „Ärzte ... sollen Suizidhilfe leisten dürfen“ oder „...müssen“ bei Frage 1 UND persönliche Bereitschaft „ja“ oder „eher ja“ bei Frage 3.
- *Übrige:* Andere Antwortkombinationen, unvollständige oder keine Angaben.

*Haltung zu Suizidhilfe in bestimmten Situationen:* Basierend auf den 8 beschriebenen Situationen in Frage 2 (Grundsätzliche Haltung zur ärztlichen Suizidhilfe in bestimmten Situationen) wurden folgende Typen gebildet (vgl. die detaillierten Auswertungen in Kapitel 5.2.3):

- *Suizidhilfe in keiner Situation vertretbar:* Weder ja noch eher ja bei allen Situationen
- *Suizidhilfe am Lebensende vertretbar:* (Ja/eher Ja nur bei Situation 1 und/oder Situation 8
- *Suizidhilfe (auch) bei schwerer somatischer Krankheit vertretbar:* (Ja/eher Ja auch bei Situation 3 und/oder Situation 5 und/oder Situation 6, aber nicht bei Situation 2 und nicht bei Situation 4 und nicht bei Situation 7
- *Suizidhilfe (auch) bei schwerer psychischer Krankheit vertretbar:* Ja/eher Ja auch bei Situation 2 und/oder Situation 4, aber nicht bei Situation 7.
- *Suizidhilfe (auch) bei hochbetagten Gesunden vertretbar:* Ja/eher Ja auch bei F7

Die Auswertung zeigt, dass der jeweils nächste Typ ist nahezu eine Untermenge des vorangehenden Typs ist: Suizidhilfe am Lebensende wird am häufigsten als vertretbar beurteilt, Suizidhilfe bei gesunden am seltensten. Wer Suizidhilfe bei Personen mit psychischer Erkrankung vertretbar findet, findet sie meist auch bei somatischer Erkrankung vertretbar. Wer Suizidhilfe bei Gesunden vertretbar findet, unterstützt sie grossmehrheitlich auch bei Krankheit.

**Tabelle A5:** Haltungen und Erfahrungen in Bezug auf Suizidhilfe

	Ungewichtet		Gewichtet	
	N	in %	N	%
<b>Alle Antwortenden</b>	1318		1318	
<b>Grundhaltung</b>				
Ablehnende	282	21%	282	21%
Akzeptierende	388	29%	370	28%
Grundsätzlich Bereite	552	42%	570	43%
Übrige	96	7%	95	7%
<b>Vertretbarkeit von Suizidhilfe in Situationen</b>				
In keiner Situation	253	19%	248	19%
Nur am Lebensende	138	10%	130	10%
(Auch) bei schwerer somatischer Krankheit	386	29%	371	28%
(Auch) bei schwerer psychischer Krankheit	304	23%	307	23%
(Auch) bei hochbetagten, gesunden Person	237	18%	261	20%
<b>Erfahrung mit Suizidhilfewünschen</b>				
Keine Erfahrung	696	53%	736	56%
Erlebt, aber nie geprüft	237	18%	238	18%
Geprüft, aber nie geleistet	274	21%	231	18%
Geleistet	111	8%	113	9%

Quelle: Ärzteumfrage Büro Vatter/Brauer & Strub.

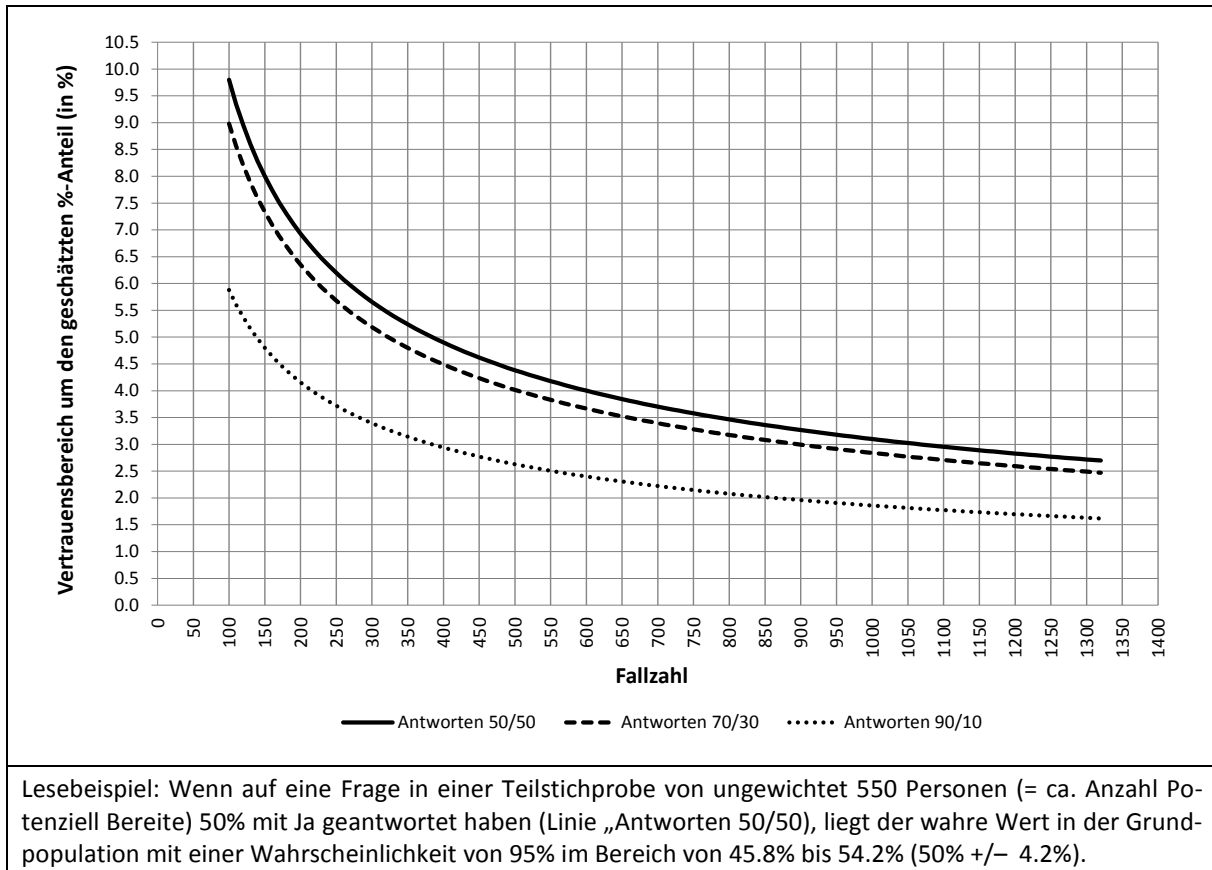
*Erfahrung mit Suizidwünschen.* Basierend auf den Antworten zu den Fragen 7 (Häufigkeit von Wünschen nach Suizidhilfe) und 8 (Eigene Aktivitäten im Zusammenhang mit Suizidhilfe: 8a: Voraussetzungsprüfung, 8b: Zugang zu Medikament verschaffen, 8c: Vorbereitungshandlungen zum Suizid) wurden Erfahrungstypen gebildet (vgl. für detaillierte Auswertungen Kapitel 5.3.4). Die Zuordnung zu den Kategorien erfolgte wie folgt:

- *Keine Erfahrung:* Noch nie mit einem Wunsch konfrontiert worden (inklusive missing cases): Antwort 0 oder leeres Antwortfeld bei Frage 7a. Vereinzelt Antwortende, die bei Frage 7a (Suizidhilfewunsch) die Antwort „0“ gaben oder keine Angabe machten, aber bei Frage 8 Aktivitäten angaben wurden nicht der Kategorie „Keine Erfahrung“ zugeordnet, sondern entsprechend ihren Aktivitäten den anderen Kategorien.
- *Erlebt, aber nie geprüft:* Antwortender ist mindestens einmal mit Wunsch konfrontiert worden (Angabe bei Frage 7a > 0), hat aber noch nie die Voraussetzungen geprüft oder Suizidhilfe geleistet (Angabe 0 oder keine Angabe bei Frage 8a und 8b und 8c)
- *Geprüft, aber nie geleistet:* Antwortender hat schon mindestens einmal die Voraussetzungen geprüft (Angabe > 0 bei Frage 8a), aber noch nie Suizidhilfe geleistet (Angabe 0 oder keine Angabe bei 8b und 8c)
- *Geleistet:* Antwortender hat schon Suizidhilfe geleistet (Angabe >0 bei 8b oder bei 8c). Es wurden 14 Antwortende festgestellt, die eine grössere Anzahl Fälle angaben, in denen sie Suizidhilfe leisteten als die Anzahl Fälle, in denen sie die Voraussetzungen geprüft haben.

### 8.2.4 Vertrauensintervalle der ermittelten Werte für verschiedene Stichprobengrößen

Je grösser die Stichprobe ist und je einseitiger das Antwortverhalten, desto weniger streut der wahre Anteilswert in der Grundpopulation um den in der Befragung ausgewiesenen Wert (Vertrauensintervall). Anhand der Kurven in Abbildung A1 kann für jede Stichprobe und drei typische Antwortverteilungen (50 zu 50%; 70% zu 30%; 90 zu 10%) Streubereich für das 95%-Vertrauensintervall abgelesen werden.

Abbildung A1: 95%-Vertrauensintervalle in Abhängigkeit von Stichprobe und Antwortverteilung



### **8.2.5 In der schriftlichen Befragung verwendete Fragebogen**

Die deutsche Fassung des Fragebogens ist die Stammfassung.

# **Fragebogen für Ärztinnen und Ärzte: Erfahrungen und Haltungen zur ärztlichen Suizidhilfe**

**Bitte schicken Sie den Fragebogen auch dann ab,  
wenn Sie ihn nur teilweise ausfüllen können.**

**Rücksendung bitte bis am 31. März 2014**

*Bern, 7. März 2014*

## Hinweise

### Begriff der ärztlichen Suizidhilfe

Der vorliegende Fragebogen behandelt das Thema der Suizidhilfe durch Ärztinnen oder Ärzte.

Unter **Suizidhilfe** (auch: **Suizidbeihilfe**) sind sämtliche Tätigkeiten zu verstehen, welche dazu beitragen, dass eine sterbewillige Person sich selbst durch eine aktive Handlung das Leben nehmen kann. Darunter fallen insbesondere das Verschreiben oder die Abgabe eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung wie zum Beispiel das rezeptpflichtige Natrium-Pentobarbital (NaP).

### Rechtslage

Suizidhilfe ohne eigennützige Motive ist nach schweizerischem Strafrecht erlaubt.

Das ärztliche Standesrecht (*Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*) toleriert Suizidhilfe als Ergebnis einer persönlichen Gewissensentscheidung des Arztes oder der Ärztin. Dabei ist er/sie vor der Beihilfe zum Suizid für die Prüfung der folgenden Voraussetzungen verantwortlich:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das **Lebensende** nahe ist (Tage bis einige Wochen bis zum Tod).
- **Alternative Möglichkeiten** der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient
  - o ist **urteilsfähig**,
  - o sein Wunsch ist **wohlerwogen**,
  - o **ohne äusseren Druck** entstanden
  - o und **dauerhaft**.

Dies wurde von einer unabhängigen **Drittperson** überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.



## 1. Grundsätzliche Haltung zur ärztlichen Suizidhilfe

Unabhängig davon, ob Sie persönlich Suizidhilfe leisten würden: Was halten Sie **grundsätzlich** davon, wenn Ärztinnen und Ärzte Suizidhilfe leisten? (Bitte **nur eine Antwort** markieren)

<input type="radio"/>	1. Ich finde, Ärzte sollten keine Suizidhilfe leisten.
<input type="radio"/>	2. Ich finde, Ärzte, die dazu bereit sind, sollen Suizidhilfe leisten dürfen, wenn die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
<input type="radio"/>	3. Ich finde, wenn die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, muss jeder Arzt den Wunsch eines Patienten nach Suizidhilfe erfüllen.
<input type="radio"/>	4. Weiss nicht

## 2. Grundsätzliche Haltung zur ärztlichen Suizidhilfe in bestimmten Situationen

Unabhängig davon, ob Sie persönlich Suizidhilfe leisten würden: Finden Sie es in den nachfolgend beschriebenen Situationen **grundsätzlich vertretbar**, wenn ein Arzt oder eine Ärztin einer Patientin oder einem Patienten auf Verlangen ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung verschreibt oder aushändigt? *Gehen Sie bei allen Situationen davon aus, dass die Person urteilsfähig ist.*

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiss nicht
1. Die suizidwillige Person ist schwer erkrankt, leidet unter sehr starken Schmerzen und steht am Lebensende, d.h. der Tod tritt erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einigen Wochen ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Die suizidwillige Person leidet an Demenz. Sie steht <i>nicht</i> am Lebensende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Die suizidwillige Person leidet an einer schweren muskulären oder neurologischen Erkrankung, z.B. ALS, ist aber noch körperlich in der Lage, den Suizid zu vollziehen. Sie steht <i>nicht</i> am Lebensende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Die suizidwillige Person leidet an einer therapieresistenten, dauerhaften, schweren psychischen Krankheit, ist aber körperlich gesund.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Die suizidwillige Person leidet aufgrund einer chronisch progredienten Erkrankung unter sehr starken, nicht-behandelbaren Schmerzen. Sie steht <i>nicht</i> am Lebensende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Die suizidwillige Person ist hochbetagt, polymorbide und pflegebedürftig. Sie steht <i>nicht</i> am Lebensende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Die suizidwillige Person ist gesund und in hohem Alter; sie möchte aus persönlichen Gründen Suizid begehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Die suizidwillige Person ist schwer erkrankt, leidet unter sehr starken Schmerzen und steht nahe am Lebensende. Sie ist minderjährig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Persönliche Bereitschaft zum Leisten von Suizidhilfe

Sind für Sie Situationen denkbar, in denen **Sie persönlich** als Ärztin oder Arzt bereit wären, einer urteilsfähigen Person auf Verlangen ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung zu verschreiben oder auszuhändigen?

Ja	Eher Ja	Eher nein	Nein	Weiss nicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ **Wenn Ihre Antwort Ja oder Eher Ja lautet:** → **Nächste Frage 4**  
 ↳ **Wenn Ihre Antwort Nein, Eher Nein oder Weiss nicht lautet:** ↓ **Direkt zu Frage 5**

### 4. Persönliche Bedingungen für Suizidhilfe

Wie wichtig wäre es **für Sie persönlich**, dass die nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind, um einer suizidwilligen Person Zugang zu einem Medikament zum Zweck der Selbsttötung zu verschaffen?

	Wichtig	Eher Wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig	Weiss nicht
1. Die Person ist bei mir seit längerer Zeit in Behandlung. Ihre Persönlichkeit und ihr sozial-familiäres Umfeld kann ich gut beurteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich habe ausreichende medizinische Sachkenntnis über die Erkrankung und das Leiden der Person oder einen entsprechenden Facharztbericht vorliegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Angehörige oder andere engste Bezugspersonen müssen mindestens informiert worden sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich muss sicher sein, dass der allfällige Suizid von einer Person begleitet wird, welcher der Patient vertraut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 5. Persönliches Vorgehen bei Patientinnen und Patienten mit Suizidwunsch

Was würden Sie tun, wenn eine Patientin oder ein Patient mit dem Wunsch nach Suizidhilfe zu Ihnen käme?  
Bitte alle Handlungen ankreuzen, die für Sie in Betracht kommen.

<input type="checkbox"/>	1. Die Person informieren und beraten über die Aussichten der Heilung und andere medizinische, pflegerische oder fürsorgerische Möglichkeiten, das Leiden zu vermindern
<input type="checkbox"/>	2. Versuchen, die Person von ihrem Suizidwunsch abzubringen
<input type="checkbox"/>	3. Prüfen, ob die Person urteilsfähig ist
<input type="checkbox"/>	4. Prüfen, ob der Wunsch wohlwogen, dauerhaft und ohne äusseren Druck entstanden ist
<input type="checkbox"/>	5. Prüfen, ob die Person am Lebensende steht, d.h. der Tod erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einigen Wochen eintritt
<input type="checkbox"/>	6. Die Person an einen Arzt weiterweisen, der möglicherweise zur Suizidhilfe bereit ist
<input type="checkbox"/>	7. Die Weiterbehandlung ablehnen
<input type="checkbox"/>	8. Keine der genannten Tätigkeiten

Wenn für Sie Fälle vorstellbar sind,  
 in denen Sie die Bedingungen für Suizidhilfe als erfüllt erachten: → Nächste Frage 6  
 Wenn für Sie keine Fälle vorstellbar sind, ↓ Direkt zu Frage 7  
 in denen Sie die Bedingungen für Suizidhilfe als erfüllt erachten:

### 6. Persönliches Vorgehen, wenn für Sie im konkreten Fall die Bedingungen für Suizidhilfe erfüllt sind

Was würden Sie tun, wenn sich die Bedingungen für Suizidhilfe in einem konkreten Fall als erfüllt erweisen?  
Bitte alle Handlungen ankreuzen, die für Sie in Betracht kommen.

<input type="checkbox"/>	1. Das Rezept für ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung ausstellen oder aushändigen
<input type="checkbox"/>	2. Beim Vorbereiten des Suizids mitwirken, z.B. durch Legen oder Belassen einer Infusionskanüle oder durch eine konkrete Anleitung zum Suizid
<input type="checkbox"/>	3. Beim Suizid bis zum Eintreten des Todes anwesend sein
<input type="checkbox"/>	4. Die Person an einen Arzt weiterweisen, der möglicherweise zur Suizidhilfe bereit ist
<input type="checkbox"/>	5. Mit einer Suizidhilfeorganisation zusammenarbeiten
<input type="checkbox"/>	6. Den Patienten weiter behandeln, aber nicht am Suizid mitwirken
<input type="checkbox"/>	7. Keine der genannten Tätigkeiten

## 7. Häufigkeit von Wünschen nach Suizidhilfe

Wie viele Patientinnen oder Patienten haben von Ihnen schon ernsthaft Suizidhilfe verlangt?  
*Es genügt, wenn Sie eine ungefähre Schätzung angeben.*

	Anzahl Patienten
Seit Sie das Arztdiplom erworben haben:	
In den vergangenen fünf Jahren (falls Arztdiplom seit mehr als 5 Jahren):	

- ↳ **Wenn Sie seit Erwerb Ihres Arztdiploms schon *mindestens einen* solchen Fall erlebt haben:** → **Nächste Frage 8**
- ↳ **Wenn Sie seit Erwerb Ihres Arztdiploms noch *keinen* solchen Fall erlebt haben:** ↓ **Direkt zu Frage 10**

## 8. Eigene Aktivitäten im Zusammenhang mit Suizidhilfe

Wie oft haben Sie in den unter Frage 7 genannten Fällen die nachfolgenden Aktivitäten ausgeübt? Geben Sie jeweils die ungefähr geschätzte Anzahl Patientinnen und Patienten an.

Aktivität	Anzahl Patienten
A. Geprüft, ob die Voraussetzungen für ärztliche Suizidhilfe erfüllt sind	
B. Das Rezept für ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung ausgestellt oder ein entsprechendes Medikament ausgehändigt	
C. Beim Vorbereiten des Suizids mitgewirkt, z.B. durch Legen oder Belassen einer Infusionskanüle oder durch eine konkrete Anleitung zum Suizid	
D. Beim Suizid bis zum Eintreten des Todes anwesend gewesen	

- ↳ **Wenn Sie *mindestens einen* Fall bei B, C oder D verzeichnet haben:** → **Nächste Frage 9**
- ↳ **Wenn Sie *keinen* Fall bei B, C und D verzeichnet haben:** ↓ **Direkt zu Frage 10**

## 9. Beteiligung von Suizidhilfeorganisationen

Bei wievielen der unter Frage 7 genannten Patientinnen und Patienten erfolgte die allfällige Suizidbegleitung durch eine Suizidhilfeorganisation, in wievielen Fällen nicht?

	Anzahl Patienten
1. Anzahl Fälle mit Beteiligung einer Suizidhilfeorganisation:	
2. Anzahl Fälle ohne Beteiligung einer Suizidhilfeorganisation:	
3. Anzahl Fälle, bei denen der Suizid nicht stattfand oder bei denen ich nicht weiss, ob oder wie der Suizid stattfand:	

### 10. Ärztliche Aufgaben im Zusammenhang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe

Welchen Status sollten die in der Tabelle aufgeführten Tätigkeiten Ihrer Meinung nach haben?

- (A) Keine ärztliche Aufgabe und für Ärzte verboten
- (B) Keine ärztliche Aufgabe, aber im Ausnahmefall als Gewissensentscheid zulässig
- (C) Eine ärztliche Aufgabe, die ein Arzt freiwillig anbieten kann
- (D) Eine ärztliche Aufgabe, zu der ein Arzt verpflichtet ist

	Keine ärztliche Aufgabe		Ärztliche Aufgabe		Weiss nicht
	(A) Verbot	(B) Ausnahme	(C) Freiwillig	(D) Pflicht	
1. Prüfen, ob die Voraussetzungen für ärztliche Suizidhilfe erfüllt sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Das Rezept für ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung ausstellen oder entsprechendes Medikament aushändigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Beim Vorbereiten des Suizids mitwirken, z.B. durch Legen oder Belassen einer Infusionskanüle oder durch eine konkrete Anleitung zum Suizid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beim Suizid bis zum Eintreten des Todes anwesend sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 11. Einschätzung von standesrechtlichen Voraussetzungen für Suizidhilfe

Das Standesrecht schreibt mit den SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende vor, welche Voraussetzungen für die Suizidhilfe erfüllt sein müssen. Finden Sie, die folgenden Voraussetzungen sollten weiterhin Geltung haben?

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiss nicht
1. Die Erkrankung rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist, d.h. erfahrungsgemäss der Tod innerhalb von Tagen oder einigen Wochen eintritt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eine Zweitmeinung zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit wurde eingeholt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eine Zweitmeinung zur Beurteilung des Suizidwunsches wurde eingeholt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Die Zweitmeinung darf auch von einer Person stammen, die nicht Arzt ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 12. Folgen einer grösseren Verbreitung von Suizidhilfe

Was glauben Sie, welche Folgen es für den medizinischen Alltag hätte, wenn mehr Ärztinnen und Ärzte Suizidhilfe leisten und die Bestimmungen zur Suizidhilfe gelockert werden würden?

	... sicher steigen	... eher steigen	... gleich bleiben	... eher sinken	... sicher sinken	Weiss nicht
1. Wenn mehr Ärzte Suizidhilfe leisten, wird das Vertrauen der Patienten zu ihrem Arzt...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wenn mehr Ärzte Suizidhilfe leisten, wird die Zahl (nicht assistierter) gewaltsamer Suizide...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wenn mehr Ärzte Suizidhilfe leisten, wird die Bedeutung der Palliativmedizin...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Wenn die Standesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird die Patientenzufriedenheit ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Wenn die Standesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird der Druck auf Patienten, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Wenn die Standesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird der Druck auf Ärzte, Suizidhilfe anzubieten,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wenn die Standesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird in der Ärzteschaft die Bereitschaft zur gezielten Tötung auf Verlangen des Patienten zur Beendigung seines Leidens...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Wenn die Standesorganisation die Bestimmungen zur ärztlichen Suizidhilfe lockert, wird in der Ärzteschaft die Bereitschaft zur gezielten Tötung eines nicht-urteilsfähigen Patienten zur Beendigung seines Leidens...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 13. Abschliessend bitten wir Sie um Angaben zur Ihrer Person und zu Ihrer Tätigkeit

**1. Geschlecht**

- Männlich
- Weiblich

**2. Wo haben Sie Ihr Arztdiplom erworben?**

- Schweiz
- Ausland

**3. Sind Sie hauptsächlich im Spital oder in freier Praxis tätig? (Bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)**

- Spital
- Freie Praxis
- Anderes

**4. Wenn Sie in hauptsächlich im Spital tätig sind: In welcher Position?**

- Chefarzt/Chefärztin
- Kaderarzt/Kaderärztin
- Spitalarzt/Spitalärztin
- Assistenzarzt/Assistenzärztin

**5. Wenn Sie hauptsächlich in freier Praxis tätig sind: Sind Sie als Hausarzt / Hausärztin tätig?**

- Ja
- Nein

**6. Sind Sie auch in einem Alters- und Pflegeheim tätig?**

- Ja, regelmässig
- Ja, gelegentlich
- Nein

**7. Seit wie vielen Jahren sind Sie (gerechnet ab Erwerb Ihres Arztdiploms) berufstätig?**

Seit ..... Jahren

**8. Sind Sie persönlich Mitglied einer Organisation, die Suizide begleitet?**

- Ja
- Nein

**9. Sind Sie konsiliarisch tätig für eine Organisation, die Suizide begleitet?**

- Ja
- Nein

**10. Was betrachten Sie als Ihre Religion oder Lebensphilosophie?**

- Römisch-katholisch
- Protestantisch
- Andere Religion oder Philosophie
- Nicht religiös

**11. Wie wichtig ist Ihre Religion oder Lebensphilosophie für Ihre medizinischen Entscheidungen am Lebensende?**

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Weniger wichtig
- Gar nicht wichtig

**Herzlichen Dank, dass Sie sich an unserer Umfrage beteiligt haben!**

**Bitte schicken Sie den Fragebogen auch dann ab,  
wenn Sie ihn nur teilweise ausfüllen konnten.**



# Questionnaire destiné aux médecins : Expériences et attitudes à l'égard de l'assistance au suicide

**Merci de nous renvoyer le questionnaire  
même si vous n'avez pu le remplir que partiellement.**

**Veillez renvoyer le questionnaire jusqu'au 31 mars 2014**

*Berne, le 7 mars 2014*

## Indications

### La notion d'assistance médicale au suicide

Le présent questionnaire traite du sujet de l'assistance médicale au suicide, c'est-à-dire l'assistance au suicide à laquelle participent des médecins.

On entend par **assistance au suicide** (synonyme: **aide au suicide**) toutes les activités qui contribuent à ce qu'une personne désireuse de mourir puisse se donner la mort par un acte qu'elle accomplit elle-même. Cela concerne en particulier la prescription ou la remise d'un médicament en vue d'un suicide, tel que le pentobarbital de sodium (*natrium pentobarbital*), qui est remis uniquement sur ordonnance.

### Base juridique

Le droit pénal suisse ne sanctionne pas l'assistance au suicide pour autant qu'elle ne soit pas motivée par un mobile égoïste.

La déontologie médicale (*directives de l'ASSM sur la Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*) tolère l'assistance au suicide comme le résultat d'une décision morale personnelle du médecin. Il lui incombe pour cela la responsabilité de vérifier si les exigences suivantes sont réunies:

- La maladie dont souffre le patient permet de considérer que **la fin de la vie est proche** (espace de quelques jours ou de quelques semaines).
- **Des alternatives de traitements** ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre.
- Le patient...
  - o ...est **capable de discernement**.
  - o Son désir de mourir est **mûrement réfléchi**,...
  - o il **ne résulte pas d'une pression extérieure**
  - o et il est **persistant**.

Cela doit avoir été vérifié par **une tierce personne**, qui ne doit pas nécessairement être médecin.

## 1. Attitude générale à l'égard de l'assistance médicale au suicide

Que vous soyez ou non personnellement prêt à fournir une assistance au suicide, quelle est votre attitude **fondamentale** à l'égard de l'assistance médicale au suicide? (Merci de cocher **une seule réponse**)

<input type="radio"/>	1. Je pense que les médecins ne devraient pas fournir une assistance au suicide.
<input type="radio"/>	2. Je pense que les médecins qui sont prêts à fournir une assistance au suicide devraient pouvoir le faire si les conditions légales sont remplies.
<input type="radio"/>	3. Je pense que si les conditions légales sont remplies, tout médecin doit satisfaire le souhait d'un patient qui demande une assistance au suicide.
<input type="radio"/>	4. Je ne sais pas.

## 2. Attitude générale à l'égard de l'assistance médicale au suicide dans des situations définies

Que vous soyez ou non personnellement prêt à fournir une assistance au suicide, pensez-vous qu'il est **en principe défendable** dans les situations décrites ci-dessous qu'un médecin prescrive ou remette un médicament à une patiente ou un patient, permettant à celle-ci de mettre fin à sa vie? *Supposez dans toutes ces situations que la personne est capable de discernement.*

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Je ne sais pas
1. La personne qui désire mettre fin à ses jours est gravement malade, souffre de très fortes douleurs et se trouve en fin de vie, c'est-à-dire que selon votre expérience il est prévisible qu'elle meure d'ici quelques jours ou quelques semaines.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La personne qui désire mettre fin à ses jours souffre de démence, Elle ne se trouve <i>pas</i> en fin de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La personne qui désire mettre fin à ses jours souffre d'une maladie musculaire ou neurologique grave, par ex. d'une SLA, mais est encore en mesure de mettre elle-même fin à ses jours. Elle ne se trouve <i>pas</i> en fin de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La personne qui désire mettre fin à ses jours souffre d'une maladie psychique grave, durable et résistante aux thérapies, mais est physiquement en bonne santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. La personne qui désire mettre fin à ses jours est atteinte d'une maladie chronique et progressive lui infligeant de très fortes douleurs qu'il n'est pas possible d'atténuer. Elle ne se trouve <i>pas</i> en fin de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. La personne qui souhaite mettre fin à ses jours est très âgée, polymorbide et dépendante de soins. Elle ne se trouve <i>pas</i> en fin de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La personne qui souhaite mettre fin à ses jours est en bonne santé et très âgée ; elle désire se suicider pour des raisons personnelles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La personne qui souhaite mettre fin à ses jours est gravement malade, souffre de très fortes douleurs et se trouve en fin de vie. Elle est mineure.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Disposition personnelle à fournir une assistance au suicide

Pouvez-vous imaginer des situations dans lesquelles vous seriez **personnellement** prêt, en tant que médecin, à prescrire ou à remettre un médicament à une **personne capable de discernement**, permettant à celle-ci de mettre fin à sa vie?

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Je ne sais pas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L → Si votre réponse est **Oui** ou **Plutôt oui** : → **Question 4**  
L ↓ Si votre réponse est **Non**, **Plutôt non** ou **Je ne sais pas** : ↓ **Question 5**

### 4. Conditions personnelles pour soutenir une assistance au suicide

A quel point serait-ce important pour vous **personnellement** que les conditions suivantes soient remplies pour accepter de donner accès à un médicament servant à se suicider pour une personne qui souhaite mourir?

	Important	Plutôt important	Plutôt sans importance	Sans importance	Je ne sais pas
1. La personne est en traitement chez moi depuis très longtemps. Je peux bien évaluer son entourage social et familial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. J'ai suffisamment de connaissances médicales sur la maladie et les souffrances de la personne ou je dispose d'un rapport correspondant d'un médecin spécialiste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La famille ou d'autres personnes très proches doivent au moins avoir été informées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je dois être sûr que le suicide éventuel sera accompagné par une personne à qui le patient fait confiance.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 5. Manière personnelle de procéder avec des patients ayant la volonté de se suicider

Que feriez-vous si un patient ou une patiente venait vers vous avec la volonté d'obtenir une assistance au suicide? *Merci de cocher toutes les interventions que vous considérez.*

<input type="checkbox"/>	1. Informer et conseiller la personne sur les perspectives de guérison et sur les autres options médicales, de soins ou d'assistance qui pourraient atténuer ses souffrances
<input type="checkbox"/>	2. Essayer de dissuader la personne de se suicider
<input type="checkbox"/>	3. Examiner si la personne est capable de discernement
<input type="checkbox"/>	4. Examiner si le désir de mourir est mûrement réfléchi, s'il n'est pas le résultat de pressions extérieures et s'il est persistant
<input type="checkbox"/>	5. Examiner si la personne se trouve en fin de vie, à savoir si, selon votre expérience, il est prévisible qu'elle meure d'ici quelques jours ou quelques semaines.
<input type="checkbox"/>	6. Renvoyer la personne à un autre médecin qui serait éventuellement prêt à fournir une assistance au suicide
<input type="checkbox"/>	7. Refuser la poursuite du traitement
<input type="checkbox"/>	8. Aucune des interventions décrites ci-dessus

↳ **Si vous pouvez concevoir** des situations où vous jugez les conditions pour l'assistance au suicide comme remplies : → **Question 6**

---

↓ **Si vous ne pouvez pas concevoir** de situations où vous jugez les conditions pour l'assistance au suicide comme remplies : ↓ **Question 7**

## 6. Attitude personnelle si pour vous les conditions pour l'assistance au suicide sont remplies dans un cas concret

Que feriez-vous si dans un cas concret toutes les conditions pour une assistance au suicide étaient remplies? *Merci de cocher toutes les interventions que vous considérez.*

<input type="checkbox"/>	1. Délivrer l'ordonnance pour un médicament servant à mettre fin à la vie ou remettre ce médicament.
<input type="checkbox"/>	2. Participer à la préparation du suicide, par ex. en posant ou en laissant une voie veineuse, ou alors en donnant des indications concrètes pour le suicide
<input type="checkbox"/>	3. Être présent lors du suicide jusqu'à ce que survienne la mort
<input type="checkbox"/>	4. Renvoyer la personne à un médecin qui serait éventuellement prêt à fournir une assistance au suicide
<input type="checkbox"/>	5. Collaborer avec une organisation d'assistance au suicide
<input type="checkbox"/>	6. Continuer à traiter le patient sans participer au suicide
<input type="checkbox"/>	7. Aucune des interventions décrites ci-dessus

## 7. Fréquence des demandes d'assistance au suicide

Combien de patients ou de patientes vous ont déjà demandé de manière sérieuse une assistance au suicide?  
*Une indication approximative suffit*

	Nombre de patients
Depuis que vous avez obtenu le diplôme de médecin :	
Dans les cinq dernières années (si vous êtes diplômé depuis plus de 5 ans) :	

↳ *Si, depuis l'obtention de votre diplôme, vous avez été confronté à un cas pareil au moins une fois* → **Question 8**

↳ *Si, depuis l'obtention de votre diplôme, vous n'avez encore jamais été confronté à un cas pareil* ↓ **Question 10**

## 8. Activités personnelles en rapport avec l'assistance au suicide

Pour les cas notés sous la question 7, combien de fois avez-vous pratiqué les interventions suivantes?  
*Indiquez à chaque fois le nombre estimé de patients ou de patientes*

Activité	Nombre de patients
A. Examiner si les conditions pour une assistance médicale au suicide étaient remplies	
B. Prescrire ou remettre un médicament servant à mettre fin à la vie	
C. Participer à la préparation du suicide, par ex. en posant ou en laissant une voie veineuse, ou alors en donnant des indications concrètes pour le suicide	
D. Etre présent lors du suicide jusqu'à ce que survienne la mort	

↳ *Si vous avez noté au moins un cas sous B, C ou D :* → **Question 9**

↳ *Si vous n'avez noté aucun cas sous B, C ou D :* ↓ **Question 10**

## 9. La participation éventuelle d'organisations d'assistance au suicide

Parmi les patientes et patients notés sous la question 7, combien de cas ont été accompagnés dans leur suicide éventuel par une organisation d'assistance au suicide et combien de cas sans celle-ci?

	Nombre de patients
1. Nombre de cas avec participation d'une organisation d'assistance au suicide :	
2. Nombre de cas sans la participation d'une organisation d'assistance au suicide :	
3. Nombre de cas dans lesquels le suicide n'a pas eu lieu ou dont je ne sais pas si et comment le suicide a eu lieu:	

## 10. Devoirs des médecins en lien avec le souhait d'assistance au suicide

D'après vous, quel statut devraient avoir les actions énumérées dans le tableau ci-dessous?

- (E) Ce n'est pas un devoir médical et doit être interdit aux médecins
- (F) Ce n'est pas un devoir médical mais cela est exceptionnellement permis en tant que décision morale personnelle
- (G) C'est un devoir médical que le médecin peut proposer de son plein gré
- (H) C'est un devoir médical que le médecin est obligé de proposer et, le cas échéant, d'exécuter

	Pas un devoir médical		Devoir médical		Je ne sais pas
	(A) Interdiction	(B) Exception	(C) De plein gré	(D) Obligation	
1. Vérifier si les conditions pour une assistance médicale au suicide sont remplies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prescrire ou remettre un médicament servant à mettre fin à la vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Participer à la préparation du suicide, par ex. en posant ou en laissant une voie veineuse, ou alors en donnant des indications concrètes pour le suicide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Être présent lors du suicide jusqu'à ce que la mort survienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 11. Appréciation des exigences déontologiques pour l'assistance au suicide

Le code de déontologie, en s'appuyant sur les directives de l'ASSM sur la prise en charge des patients en fin de vie, détermine les exigences qui doivent être remplies pour l'assistance médicale au suicide. Pensez-vous que les conditions suivantes doivent rester en vigueur?

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Je ne sais pas
1. La maladie justifie l'hypothèse que le patient se trouve en fin de vie, c'est-à-dire que, par expérience, il est prévisible qu'il meure d'ici quelques jours ou quelques semaines.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Un deuxième avis pour évaluer la capacité de discernement a été demandé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Un deuxième avis pour évaluer la volonté de mourir a été demandé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Le deuxième avis peut être rendu par une personne qui n'est pas un médecin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 12. Conséquences d'une propagation de l'assistance au suicide

Quelles seraient, selon vous, les conséquences pour le quotidien médical si davantage de médecins fournissaient une assistance au suicide et si les dispositions étaient assouplies?

	... certainement augmenter	... plutôt augmenter	... rester stable	... plutôt baisser	... certainement baisser	Je ne sais pas
1. Si davantage de médecins fournissent une assistance au suicide, la confiance des patients envers leur médecin va ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Si davantage de médecins fournissent une assistance au suicide, le nombre de suicides violents (non assistés) va ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Si davantage de médecins fournissent une assistance au suicide, l'importance de la médecine palliative va ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Si l'organisation faïtière assouplit les exigences pour l'assistance médicale au suicide, la satisfaction des patients va ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Si l'organisation faïtière assouplit les exigences pour l'assistance médicale au suicide, la pression sur les patients de considérer l'assistance au suicide va ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Si l'organisation faïtière assouplit les exigences pour l'assistance médicale au suicide, la pression sur les médecins de proposer une assistance au suicide va ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Si l'organisation faïtière assouplit les exigences pour l'assistance médicale au suicide, la tendance du corps médical à mettre activement fin à la vie d'un patient, à la demande de celui-ci et dans le but d'abréger ses souffrances, va ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Si l'organisation faïtière assouplit les exigences pour l'assistance médicale au suicide, la tendance du corps médical à mettre fin à la vie d'une personne incapable de discernement dans le but d'abréger ses souffrances va ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### 13. Pour conclure, nous vous demandons quelques informations personnelles et sur votre activité

**1. Sexe**

- Masculin
- Féminin

**2. Où avez-vous obtenu votre diplôme médical?**

- En Suisse
- A l'étranger

**3. Travaillez-vous principalement dans un hôpital ou dans un cabinet/en pratique privée? (Merci de cocher une seule réponse).**

- Hôpital
- Cabinet
- Autre

**4. Si vous travaillez principalement dans un hôpital, quelle est votre position?**

- Médecin-chef
- Médecin cadre
- Médecin d'hôpital
- Médecin assistant

**5. Si vous travaillez principalement dans un cabinet/en pratique privée, êtes-vous actif en tant que médecin de famille?**

- Oui
- Non

**6. Travaillez-vous aussi en EMS?**

- Oui, régulièrement
- Oui, occasionnellement
- Non

**7. Depuis combien de temps êtes-vous actif professionnellement (calculé depuis l'obtention du diplôme de médecin)?**

Depuis ..... ans

**8. Appartenez-vous à une organisation qui accompagne des suicides?**

- Oui
- Non

**9. Conseillez-vous une organisation qui accompagne des suicides?**

- Oui
- Non

**10. Que considérez-vous comme votre religion ou philosophie de vie?**

- Catholique romaine
- Protestante
- Autre religion ou philosophie
- Non religieux

**11. Quelle importance a votre religion ou philosophie de vie pour vos décisions médicales de fin de vie?**

- Très important
- Important
- Peu importante
- pas du tout importante

**Merci beaucoup d'avoir pris part à notre sondage !**

**Merci de nous renvoyer le questionnaire,  
même si vous n'avez pu le remplir que partiellement.**

# Questionario per i medici: esperienze e atteggiamenti in relazione all'assistenza medica al suicidio

**La preghiamo di ritornarci il questionario anche nel caso in cui  
non fosse in grado di compilarlo integralmente entro il 31 marzo 2014**

*Berna, 7 marzo 2014*

## Indicazioni

### Il termine assistenza medica al suicidio

Il presente questionario è dedicato al tema dell'assistenza al suicidio da parte dei medici.

Il termine **assistenza al suicidio** (oppure **aiuto al suicidio**) raggruppa tutte le attività che contribuiscono ad aiutare una persona che desidera morire a togliersi la vita tramite suicidio attivo. Rientrano in questa categoria soprattutto la prescrizione o la consegna di un farmaco a scopo di suicidio, quale per esempio il pentobarbitale sodico (NaP) soggetto a prescrizione medica.

### Situazione giuridica

Il diritto penale svizzero ammette l'assistenza al suicidio se prestata senza motivi egoistici.

Il diritto professionale dei medici (*Direttive dell'ASSM sull'Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali*) tollera l'assistenza al suicidio come risultato di una decisione morale personale del medico, a cui incombe comunque la responsabilità di verificare previamente il rispetto dei seguenti presupposti:

- La malattia di cui soffre il paziente legittima la supposizione del suo **decesso imminente** (nello spazio di qualche giorno o settimana).
- **Trattamenti alternativi** sono stati proposti e, se accettati dal paziente, adottati.
- Il paziente
  - o è **in grado di intendere e di volere**.
  - o ha **riflettuto a lungo sul suo desiderio di morte**.
  - o Il suo desiderio **non è il risultato di pressioni esterne**
  - o ed è **persistente**

Tutto ciò è stato verificato da **una terza persona** che non è necessariamente un medico.

## 1. Atteggiamento generale verso l'assistenza medica al suicidio

Indipendentemente dalla sua disponibilità personale a prestare assistenza al suicidio, qual è la sua opinione generale sull'assistenza al suicidio prestata da medici? (*indicare una sola risposta*)

<input type="radio"/>	1. Ritengo che i medici non debbano prestare assistenza al suicidio.
<input type="radio"/>	2. Sono dell'opinione che i medici disposti a prestare assistenza al suicidio debbano avere la possibilità di farlo qualora siano adempiuti i presupposti legali.
<input type="radio"/>	3. Ritengo che, qualora siano adempiuti i presupposti legali, ogni medico debba soddisfare il desiderio dei pazienti che chiedono assistenza al suicidio.
<input type="radio"/>	4. Non so

## 2. Atteggiamento generale riguardo all'assistenza medica al suicidio in situazioni specifiche

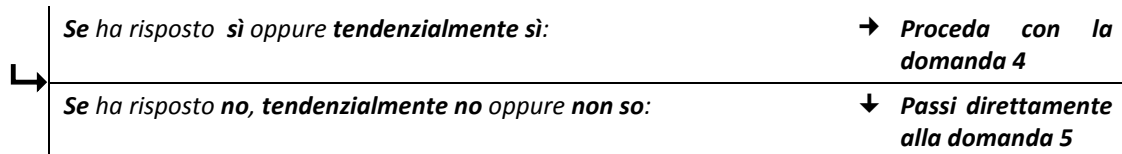
Indipendentemente dalla sua disponibilità personale a prestare assistenza al suicidio, ritiene che nelle situazioni qui descritte sia **fondamentalmente sostenibile** che un medico prescriva o consegni un medicamento a scopo di suicidio a una un/una paziente che ne facesse richiesta? In tutte le situazioni parta dal presupposto che la persona sia **in grado di intendere e volere**.

	Sì	Tendenzialmente sì	Tendenzialmente no	No	Non so
1. La persona che desidera il suicidio è gravemente ammalata, ha dolori molto forti e si trova in fase terminale (secondo esperienza, decesso nello spazio di qualche giorno o settimana).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La persona che desidera il suicidio soffre di demenza. <i>Non</i> è però in fase terminale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La persona che desidera il suicidio è affetta da una grave malattia muscolare o neurologica, per es. la SLA, ma è ancora fisicamente in grado di compiere il suicidio. <i>Non</i> è però in fase terminale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La persona che desidera il suicidio è affetta da una grave malattia psichica permanente e resistente alle terapie, ma è fisicamente sana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. La persona che desidera il suicidio soffre di dolori fortissimi e incurabili a causa di una malattia cronicamente progressiva. <i>Non</i> è però in fase terminale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. La persona che desidera il suicidio è molto anziana, affetta da una polimorbosità e necessita di cure continue. <i>Non</i> è però in fase terminale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La persona che desidera il suicidio è sana e molto anziana; vorrebbe suicidarsi per motivi personali.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La persona che desidera il suicidio è gravemente ammalata, ha dolori molto forti e si trova in fase terminale. Si tratta di una persona minorenn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Disponibilità personale a prestare assistenza al suicidio

Per Lei sono ipotizzabili situazioni in cui, come medico, **sarebbe personalmente** disposta/o a prescrivere o a consegnare un farmaco a scopo di suicidio ad una persona in grado di intendere e volere che ne facesse richiesta?

Sì	Tendenzialmente sì	Tendenzialmente no	No	Non so
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### 4. Condizioni personali per l'assistenza al suicidio

In che misura sarebbe importante, **per lei personalmente**, che siano soddisfatte le seguenti condizioni, prima di permettere a una persona che desidera suicidarsi di ottenere un medicamento a scopo di suicidio?

	Importante	Piuttosto importante	Piuttosto senza importanza	Senza importanza	Non so
1. La persona è in cura da me da parecchio tempo. Sono in grado di valutare bene la sua personalità così come il suo contesto familiare e sociale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vanto conoscenze mediche sufficienti riguardo alla malattia o all'affezione della persona oppure dispongo di un pertinente rapporto da parte di un medico specialista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. È necessario che almeno i famigliari o altre persone di riferimento siano informati.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Devo avere la certezza che l'eventuale suicidio sia accompagnato da una persona di fiducia della/del paziente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 5. Modo di procedere personale di fronte a pazienti che desiderano il suicidio

Cosa farebbe se una/un paziente si rivolgesse a Lei esprimendo il desiderio di assistenza al suicidio? Indichi, per favore, tutte le azioni che entrerebbero in considerazione secondo Lei.

<input type="checkbox"/>	1. Informare e consigliare la persona in merito alle probabilità di guarigione nonché ad altre possibilità mediche, di cura o di sostegno per lenire la sofferenza
<input type="checkbox"/>	2. Tentare di far desistere la persona dalle sue intenzioni suicide
<input type="checkbox"/>	3. Verificare se la persona è in grado di intendere e volere
<input type="checkbox"/>	4. Verificare se il desiderio è frutto di attenta riflessione, è persistente e non è risultato di pressioni esterne.
<input type="checkbox"/>	5. Verificare se la persona si trova in fase terminale, ovvero se, secondo esperienza, il decesso subentrerà nello spazio di qualche giorno o settimana
<input type="checkbox"/>	6. Inviare la persona da un medico presumibilmente disposto a prestare assistenza al suicidio
<input type="checkbox"/>	7. Rifiutare ulteriori trattamenti alla/al paziente
<input type="checkbox"/>	8. Nessuna delle attività menzionate

Se per Lei sono **ipotizzabili** casi → **Prosegua con la domanda 6**  
 in cui considera adempite le condizioni per un'assistenza al suicidio:

Se per Lei **non** sono **ipotizzabili** casi ↓ **Passi direttamente alla domanda 7**  
 in cui considera adempite le condizioni per un'assistenza al suicidio:

## 6. Modo di procedere personale qualora siano adempite le condizioni per un'assistenza al suicidio in un caso concreto

Cosa farebbe qualora in un caso concreto si rivelassero adempite le condizioni per un'assistenza al suicidio? Indichi, per favore, tutte le azioni che per Lei entrano in linea di conto.

<input type="checkbox"/>	1. Rilasciare la ricetta per un farmaco a scopo di suicidio oppure consegnare un farmaco adatto allo scopo
<input type="checkbox"/>	2. Collaborare alla preparazione del suicidio, per es. mettendo o lasciando in loco una via venosa oppure fornendo istruzioni concrete per il suicidio
<input type="checkbox"/>	3. Essere presente al suicidio fino al subentrare del decesso
<input type="checkbox"/>	4. Inviare la persona da un medico presumibilmente disposto a prestare assistenza al suicidio
<input type="checkbox"/>	5. Collaborare con un'organizzazione d'assistenza al suicidio
<input type="checkbox"/>	6. Continuare il trattamento del paziente, senza tuttavia collaborare al suicidio
<input type="checkbox"/>	7. Nessuna delle attività menzionate

## 7. Frequenza delle richieste di assistenza al suicidio

Quante/i pazienti si sono già rivolti a Lei esprimendo seriamente una richiesta di assistenza al suicidio? È sufficiente indicare una stima approssimativa.

	Numero di pazienti
Da quando ha conseguito il diploma di medico:	
Negli ultimi cinque anni (se ha conseguito il diploma di medico più di 5 anni fa):	

↳ *Se dal conseguimento del diploma di medico le è già capitato **almeno un caso** del genere:* → **Prosegua con la domanda 8**

↳ *Se dal conseguimento del diploma di medico **non** le è ancora capitato **nessun** caso del genere:* ↓ **Passi direttamente alla domanda 10**

## 8. Attività personali in relazione all'assistenza al suicidio

Quante volte ha svolto le attività indicate qui di seguito nei casi citati alla domanda 7? Indichi di volta in volta il numero approssimativo di pazienti stimato.

Attività	Numero di pazienti
A. Verificato se sono soddisfatti i presupposti per un'assistenza medica al suicidio	
B. Emesso una ricetta per un farmaco a scopo di suicidio oppure consegnato un farmaco adatto allo scopo	
C. Collaborato alla preparazione del suicidio, per es. mettendo o lasciando in loco una via venosa oppure fornendo istruzioni concrete per il suicidio	
D. Essere stata/o presente al suicidio fino al subentrare del decesso	

↳ *Se ha avuto **almeno un caso** in cui ha avuto un comportamento in virtù dei criteri B, C o D:* → **Prosegua con la domanda 9**

↳ *Se **non** ha avuto **nessun** caso in cui ha avuto un comportamento in virtù dei criteri B, C o D:* ↓ **Passi direttamente alla domanda 10**

## 9. Partecipazione di organizzazioni di assistenza al suicidio

Nel caso di quanti pazienti menzionati alla domanda 7 l'eventuale assistenza al suicidio è stata prestata da un'organizzazione di assistenza al suicidio, e in quanti casi ciò non è avvenuto?

	Numero di pazienti
1. Numero di casi con partecipazione di un'organizzazione di assistenza al suicidio:	
2. Numero di casi senza partecipazione di un'organizzazione di assistenza al suicidio:	
3. Numero di casi in cui non c'è stato suicidio oppure non so se o in che modo è stato commesso:	



## 10. Compiti medici in riferimento al desiderio di assistenza al suicidio

Secondo Lei, quale status dovrebbero avere le attività indicate nella tabella?

- (I) Non è un compito medico ed è vietato ai medici
- (J) Non è un compito medico, ma in casi eccezionali è ammissibile come decisione di coscienza
- (K) È un compito medico che un medico può offrire su base facoltativa
- (L) È un compito medico che un medico è tenuto ad offrire

	Non è compito medico		È compito medico		Non so
	(A) Divieto	(B) Eccezione	(C) Facoltativo	(D) Obbligatorio	
1. Verificare se sono soddisfatti i presupposti per un'assistenza medica al suicidio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Rilasciare una ricetta per un farmaco a scopo di suicidio oppure consegnare un farmaco adatto allo scopo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Collaborare alla preparazione del suicidio, per es. mettendo o lasciando una via venosa oppure fornendo istruzioni concrete per il suicidio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Essere presente al suicidio fino al subentrare del decesso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 11. Valutazione dei presupposti previsti dal diritto professionale per l'assistenza al suicidio

Per mezzo delle Direttive dell'ASSM sull'assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali il diritto professionale prescrive i presupposti che devono essere soddisfatti in riferimento all'assistenza al suicidio. Ritiene che i seguenti presupposti debbano essere mantenuti in vigore?

	Sì	Tendenzialmente sì	Tendenzialmente no	No	Non so
1. La malattia di cui soffre il paziente legittima la supposizione del suo decesso imminente (secondo esperienza, decesso nello spazio di qualche giorno o settimana).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. È stato chiesto un secondo parere riguardo alla valutazione della capacità di intendere e volere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. È stato chiesto un secondo parere riguardo alla valutazione del desiderio di suicidio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Il secondo parere può anche provenire da una persona che non è un medico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 12. Conseguenze di una maggior diffusione dell'assistenza al suicidio

Secondo Lei, quali saranno le conseguenze per la quotidianità medica qualora aumentasse il numero dei medici che prestano assistenza al suicidio e venissero allentate le disposizioni in materia di assistenza al suicidio?

	... au- men- terà sicura- mente	... ten- derà ad aumen- tare	... non subirà varia- zioni	... ten- derà a diminu- ire	... dimi- nuirà sicura- mente	Non so
1. Se un maggior numero di medici presterà assistenza al suicidio, la fiducia dei pazienti nei confronti del loro medico ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Se un maggior numero di medici presterà assistenza al suicidio, il numero di suicidi violenti (non assistiti) ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Se un maggior numero di medici presterà assistenza al suicidio, l'importanza della medicina palliativa ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Se l'organizzazione professionale allenterebbe le disposizioni in materia di assistenza medica al suicidio, la soddisfazione dei pazienti ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Se l'organizzazione professionale allenterebbe le disposizioni in materia di assistenza medica al suicidio, la pressione sui pazienti riguardo al fatto di usufruire di un'assistenza al suicidio, ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se l'organizzazione professionale allenterebbe le disposizioni in materia di assistenza medica al suicidio, la pressione sui medici riguardo al fatto di offrire assistenza al suicidio, ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Se l'organizzazione professionale allenterebbe le disposizioni in materia di assistenza medica al suicidio, la disponibilità dei medici verso l'omicidio su richiesta mirato del paziente, per porre fine alla sua sofferenza ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Se l'organizzazione professionale allenterebbe le disposizioni in materia di assistenza medica al suicidio, la disponibilità dei medici verso l'omicidio mirato di un paziente incapace di intendere e volere per porre fine alla sua sofferenza ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 13. Per concludere le chiediamo alcuni dati sulla sua persona e sulla sua attività

**1. Sesso**

- Maschile
- Femminile

**2. Dove ha conseguito il suo diploma di medico?**

- In Svizzera
- All'estero

**3. Svolge la sua attività principalmente in un ospedale oppure in uno studio medico privato? (Indicare una sola risposta)**

- In ospedale
- In uno studio medico privato
- Altro

**4. Se svolge la sua attività principalmente in ospedale: in che posizione?**

- Medico primario
- Medico quadro
- Medico ospedaliero
- Medico assistente

**5. Se svolge la sua attività principalmente in uno studio medico privato, svolge attività di medico di famiglia?**

- Sì
- No

**6. Lavora anche in una casa per anziani o in una casa di cura?**

- Sì, regolarmente
- Sì, saltuariamente
- No

**7. Da quanti anni è attiva/o professionalmente (partendo dal conseguimento del diploma di medico)?**

Da ..... anni

**8. È personalmente membro di un'organizzazione che accompagna suicidi?**

- Sì
- No

**9. È attivo quale consigliere di un'organizzazione che accompagna suicidi?**

- Sì
- No

**10. Come definirebbe la Sua religione o filosofia di vita?**

- Cattolica romana
- Protestante
- Altra religione o filosofia
- Non sono religiosa/o

**11. Quanta importanza ha la Sua religione o filosofia di vita per le Sue decisioni mediche di fine vita?**

- Molto importante
- Importante
- Poco importante
- Di nessuna importanza

**Grazie mille di aver partecipato al nostro sondaggio!**

**La preghiamo di ritornarci il questionario,  
anche se non ha potuto rispondere a tutte le domande.**