

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 85 (2014)
Heft: 7-8: Gelassen gehen : wer bestimmt, wann das Leben zu Ende ist?

Artikel: Exit will den Zugang zur Sterbehilfe erleichtern : für Christoph Schmid ist klar: "Hinter jedem Freitod steht wohl eine Notsituation"
Autor: Leuenberger, Beat / Schmid, Christoph
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-804067>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Exit will den Zugang zur Sterbehilfe erleichtern. Für Christoph Schmid* ist klar:

«Hinter jedem Freitod steht wohl eine Notsituation»

Verteufeln will Christoph Schmid den begleiteten Suizid keinesfalls. Doch im Heimbereich sei es viel wichtiger, Menschen palliativ gut zu betreuen – und sie in Ruhe sterben zu lassen, wenn sie sich entschlossen haben, auf lebensverlängernde Massnahmen zu verzichten.

Interview: Beat Leuenberger

Leben bedeutet vom ersten Moment an auch Älterwerden. Junge Menschen beschäftigen sich damit naturgemäss nicht intensiv – alles liegt noch vor ihnen. Gibt es den richtigen Zeitpunkt, sich Gedanken zu machen über die Endlichkeit des Lebens und über das Sterben?

Christoph Schmid: Man muss unterscheiden: Mit dem hohen Alter und dem Lebensende beschäftigt man sich kaum freiwillig, sondern gezwungenermassen. Vielleicht dann, wenn gesundheitliche Einschränkungen den Lebensradius verkleinern oder unheilbare, chronische Beschwerden auftreten. Andererseits hat eine Befragung von Schweizerinnen und Schweizern ergeben, dass das Wohlbefinden im beginnenden Rentenalter viel höher ist als mit 45. In dieser «Altersphase» lebt es sich in der Regel offensichtlich sehr gut und man denkt kaum ans Sterben. Aber es stimmt schon: Der Prozess des Älterwerdens beginnt faktisch nach dem zwanzigsten Lebensjahr, ohne dass wir uns dessen bewusst sind.

* **Christoph Schmid**, 65, ist Ressortleiter Gerontologie bei Curaviva Schweiz. «Suizidbeihilfe» gehört zu den Dossiers, die er betreut. Im August geht Christoph Schmid in Pension. Die Würdigung seines Schaffens lesen Sie auf Seite 13.

Was gilt es zu beachten, was ist zu bedenken? Wie sieht ein sinnvoller Umgang mit dem Älterwerden aus?

Was ich jetzt sage, ist meine ganz persönliche Sicht: Spätestens, wenn einem das Älterwerden bewusst wird, sollte man sich mit seinen Lebensträumen und Lebenszielen auseinandersetzen und sich fragen, was man davon bereits verwirklicht hat? Je später man sich diese Frage stellt, desto schwieriger ist zu verwirklichen, was noch fehlt. «Nichts aufschieben, was einem wichtig ist» – das finde ich kein schlechtes Lebensprinzip. Ich möchte zurückschauen und sagen können: Ich habe ein gutes Leben gehabt. Dann kann ich auch gut sterben.

Sterben die Menschen leichter, wenn sie sich zuvor damit auseinandergesetzt haben?

Das kann ich mit einem klaren Ja beantworten: Wenn sie sich mit dem Sterben auseinandergesetzt haben – und vor allem mit ihrem zurückliegenden Leben. Deshalb ist mir die Seelsorge in den Altersinstitutionen wichtig. Denn viele Leute können nicht gut sterben, weil sie mit dem Leben hadern oder zumindest mit einem belastenden Ereignis in ihrem Leben – eine schlechte Voraussetzung, um gut sterben zu können.

Was kann denn Seelsorge dazu beitragen?

Seelsorge betrifft eben nicht nur den Glauben im engen religiösen Sinn. Ich verstehe Glaube als eine existenzielle Bezogenheit auf Transzendenz, die unabhängig ist von allen Religionen. Ich meine Seelsorge als Unterstützung zur Versöhnung, zum Einvernehmen mit dem Leben, das man geführt hat.

Blicken gläubige Menschen dem Tod gelassener entgegen, weil sie getröstet sind?

Ein geschlossenes Religionssystem vermittelt Menschen, die darin leben, sicher ein tragendes Gefühl, das sie zuversichtlich auf den Tod zugehen lässt – was immer auch danach sein wird.

Doch in meinen Palliative-Care-Kursen erzählen die Pflegenden manchmal von Bewohnerinnen und Bewohnern, die Angst vor dem Sterben hatten, obwohl sie vom Pfarrer die Krankensalbung bekommen haben. Dies hat für mich entwicklungspsychologische Gründe: Wir entwickeln uns auch in den Glaubensvorstellungen oder in dem, was uns tragende Antworten gibt auf die existenziellen Fragen. Offenbar ist das Sakrament der Krankensalbung, das die Katholische Kirche kennt, bei vielen Menschen zu wenig tief verankert in ihrer Persönlichkeit. Sonst würde es wirken.

Was bedeutet gutes Sterben?

Wir haben von religiösen und spirituellen Aspekten gesprochen. Von der Seelsorge und der Versöhnung. Aber gutes Sterben bedeutet natürlich auch, dass die Menschen körperlich nicht leiden müssen. Mit Palliative Care stehen heute Mittel zur Verfügung, die Schmerzen und verschiedenste Krankheitssymptome lindern können.

Dürfen Menschen den Tod selbst herbeiführen? Auch mit einer Sterbehilfeorganisation?

Diese Frage muss jeder Mensch für sich selbst beantworten. Die Antwort ist abhängig von den jeweiligen Glaubens- und Lebensüberzeugungen. Entscheidend ist: Wer repräsentiert für mich die Autorität, die dazu etwas sagt und von der ich mich leiten lasse? Natürlich gibt es eine staatliche Regelung zur Suizidbeihilfe. Das ist auch gut so. Doch über die Frage, ob sich Menschen selbst das Leben nehmen dürfen, waren sich schon die griechischen Philosophen in der Antike nicht einig. Und auch heute noch gehen die Auffassungen auseinander.

Es gibt eine griechische Denkschule, für die der Suizid das höchste Mass der Selbstbestimmung darstellt.

Sicher hat Suizid mit dem Recht auf Selbstbestimmung zu tun. Dass sie sich zu einem hohen, wichtigen Wert entwickelt hat, finde ich richtig

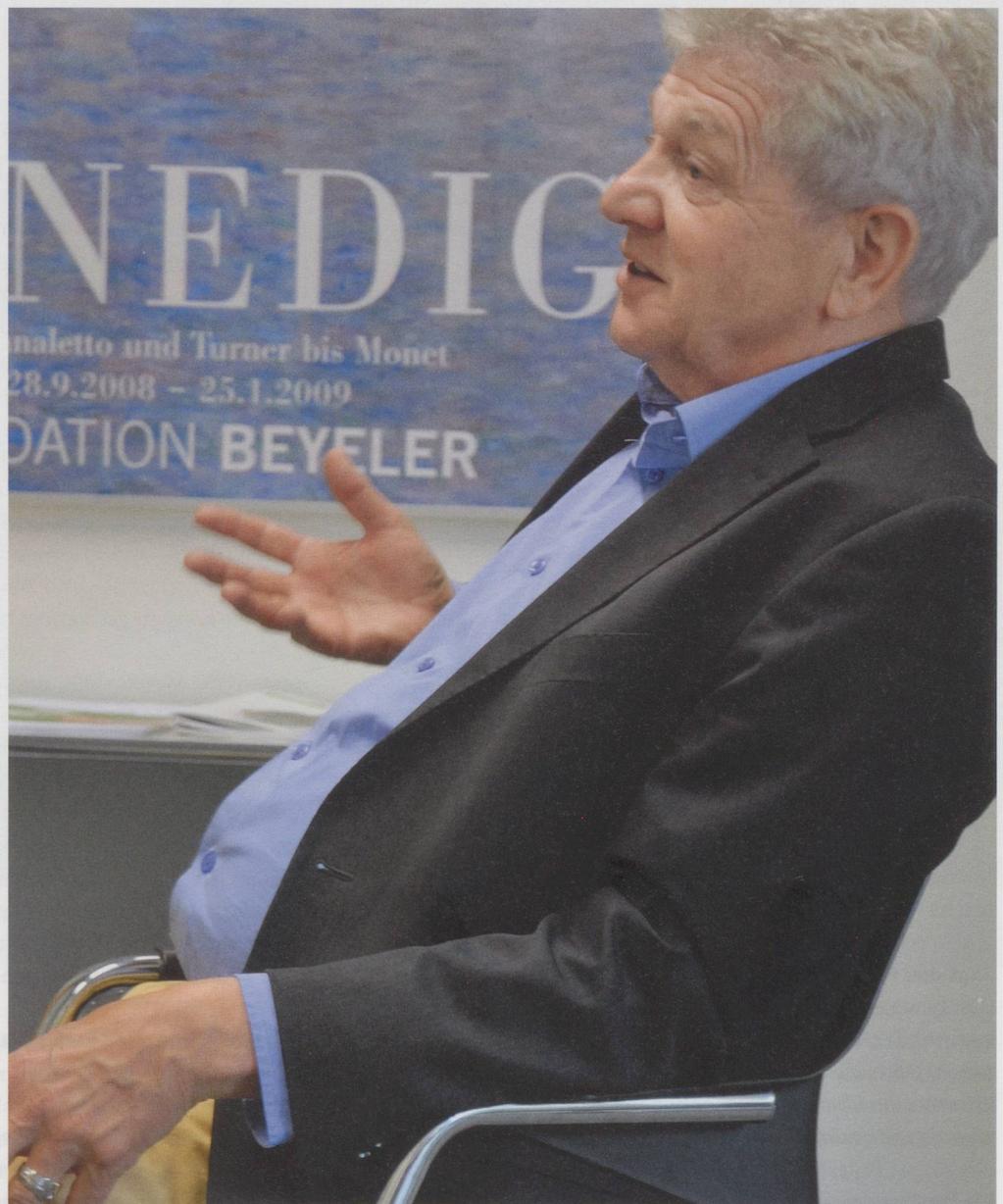
«Laut einer Studie ist das Wohlbefinden im beginnenden Rentenalter viel höher als mit 45.»

und gut. Doch wir sollten neben der Wahrnehmung unserer Selbstbestimmung auch unser Umfeld nicht vergessen. Wer sich das Leben nehmen will, sollte sich Gedanken darüber machen, was das für die Angehörigen bedeutet oder für andere Leute, mit denen ein enger Kontakt besteht. Wir sollten fähig sein zu sehen, dass wir anderen damit Schmerzen be-

reiten, ihnen etwas zumuten, das sie möglicherweise nicht nachvollziehen können, und wir sollten sie um Verständnis bitten.

Ist Suizid in Ordnung, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind?

So allgemein kann man das nicht sagen: Hinter einem Freitod steht wohl immer eine Notsituation. Gesamtgesellschaftlich gesehen und aufgrund des heutigen Denkens wird aber ein >>



Christoph Schmid: «Wer sich das Leben nehmen will, sollte sich Gedanken darüber machen, was das für die Angehörigen bedeutet.»

Fotos: Urs Tremp

Suizid kaum mehr moralisch verurteilt. Ausser von denjenigen, die sich an einer Glaubensrichtung orientieren, die Suizid klar verbietet.

Ab und zu wird das Argument gegen Selbsttötung ins Feld geführt, jeder Zustand, auch der Lebensüberdruß, sei vorläufig. Deshalb könne man nie endgültig entscheiden.

Das ist für mich ein Killerargument. Damit kann man alles «bodigen», was mit Zukunft und Planung zu tun hat. Dann kann man auch kein Testament mehr schreiben. Es gibt immer wieder Entscheide, die man nicht rückgängig machen kann. Das gehört zum Leben und Sterben. Eine andere Frage ist für mich, ob Beschwerden oder Leiden im Alter schon ausreichende Gründe sind, um zum Schluss zu kommen, das Leben sei nicht mehr lebenswert. Lebensqualität ist ein sehr schwieriger Begriff, vor allem, wenn ihn Ausenstehende verwenden, und zwar auf beiden Seiten: In den Augen Gesunder mag die Lebensqualität von Menschen im Rollstuhl dahin sein. Für Betroffene sieht es häufig ganz anders aus. Aber auch umgekehrt geht es nicht an, wenn Pflgende schwer Leidenden einreden wollen, ihre Lebensqualität sei im Vergleich zu anderen immer noch recht gut. Denn entscheidend ist die persönliche Einschätzung, und die gilt es zu achten. Die Frage nach der Lebensqualität kann letztlich immer nur subjektiv beantwortet werden.

Gibt es eine Altersgrenze, ab der jemand frühestens selbst bestimmen sollte, aus dem Leben zu scheiden?

Nein, das hat nichts mit dem kalendarischen Alter zu tun, sondern mit dem Mass des Leidens und damit, wie weit jemand bereit ist, Leiden zu tragen. Auf jeden Fall ist für mich Suizid aus Leidensgründen immer nur die letzte Möglichkeit, wenn alle palliativen Massnahmen nicht zu einem erträglichen Zustand führen.

Der Verzicht auf lebensverlängernde Therapien würde oft reichen, um den erwünschten Tod herbeizuführen.

Dieses Potenzial an Massnahmen ist bei Weitem nicht ausgeschöpft. Offenbar klammern sich Menschen immer wieder an den Strohalm einer lebensrettenden medizinischen Intervention. So lange die Mediziner Therapien anbieten, schöpfen die Leute wieder Hoffnung. Wüssten sie, dass sie mit oder ohne weitere Massnahme in sechs Monaten tot sein werden, würden sie die verbleibende Zeit anders nutzen. Hier wird viel medizinische Augenwischerei betrieben.

Sagt den Patienten denn niemand die Wahrheit?

Hier bewegen wir uns in einer grossen Grauzone. Ich höre immer wieder, dass die Ärzte häufig nicht die ganze Wahrheit sagen. Oder sie drücken sich darum herum. Dabei wäre die Information über den tatsächlichen Gesundheitszustand eine wichtige Grundlage, um die verbleibende Zeit zu gestalten.

Bis vor Kurzem waren sich alle einig: Voraussetzungen für den begleiteten Freitod sind eine schwere unheilbare Krankheit, der dauerhafte Sterbewunsch, ein Leben, das Betroffene nur

noch als unerträglich empfinden. Nun ändert die Sterbehilfeorganisation Exit die Vereinsstatuten und erleichtert den Zugang zur Suizidbeihilfe. Sie soll auch Menschen offenstehen, die schlicht genug vom Leben haben, einen sogenannten Altersbilanzsuizid begehen wollen. Wird dieses Angebot das Bedürfnis danach in Alters- und Pflegeinstitutionen vergrössern?

Die Mitglieder von Exit sind vor allem jüngere alte Menschen, die klare Krankheitsdiagnosen haben. Sie rechnen mit einem sehr klaren Verlauf ihrer Krankheit, die mit dem Tod enden wird, und wissen, was auf sie zukommt. Und es sind urteilsfähige Menschen. In den Alters- und Pflegeinstitutionen treffen wir eine völlig andere Situation an. Hier leben Menschen, denen es gesundheitlich immer wieder anders geht. An einem Tag haben sie Freude am Leben, und am nächsten möchten sie sterben. Bei ihnen ist kein dauerhafter Suizidwille vorhanden. Deshalb ist es wichtig, für diese Menschen eine gute Umgebung zu schaffen. Damit sind ihre Probleme in der Regel gelöst.

Aber auch in Alters- und Pflegeinstitutionen gibt es immer wieder Menschen, die Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen möchten.

Ja, aber das sogenannte Dammbrechargument, das unterstellt, dass begleiteter Suizid häufiger praktiziert wird, weil die Möglichkeit dazu besteht, hält der Realität nicht stand. Eine solche Entwicklung ist bis jetzt nicht eingetreten. Und mit Realität meine ich nicht gestern und heute, sondern seit 1991, als der begleitete Freitod in den Zürcher Pflegezentren zugelassen wurde. Bis 2014 hat sich dort die Zahl von Freitod und Suizidbeihilfe nicht erhöht. Die Statutenänderung bei Exit wird für die Alters- und Pflegeinstitutionen keine Brisanz auslösen. Zu berücksichtigen in diesem Zusammenhang ist ausserdem, dass in den Alters- und Pflegeeinrichtungen heute bis 60 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr urteilsfähig sind. Sie können gar keinen begleiteten Suizid beanspruchen.

Besteht die Möglichkeit, dass Angehörige helfen könnten, den erwünschten Tod herbeizuführen?

Nein, zum Glück gibt es hier eine klare Grenze: Mit einer Patientenverfügung und mit Stellvertretungsentscheiden, die über das Erwachsenenschutzrecht geregelt sind, können zwar medizinische Leistungen und lebensverlängernde Massnahmen abgelehnt werden. Es gibt aber kein Einforderungsrecht, weder auf medizinisch nicht indizierten Massnahmen, noch auf Beihilfe zum Suizid und auf Tötung auf Verlangen, wie das nordische Länder zum Teil kennen.

Können Heime dazu verpflichtet werden, Exit ins Haus zu lassen?

Nein, aber als nationaler Dachverband verlangt Curaviva von den Altersinstitutionen, dass sie nach aussen deklarieren, wenn sie den Zutritt von Sterbehilfeorganisationen verbieten. Ausserdem muss jede Institution, die sich in Palliative Care zertifizieren lassen will, eine klare Regelung zu Suizidbeihilfe haben und diese nach aussen transparent machen.

Neben dem Recht auf Selbstbestimmung, das die Suizidbeihilfe einschliesst, gibt es auch die Fürsorgepflicht, die die Institutionen dazu bewegen könnte, den begleiteten Freitod zu verbieten. Wenn diese beiden Begriffe auf der gleichen Stufe stehen, heben sie sich gegenseitig auf. Gibt es eine Lösung?

Es macht keinen Sinn, aufgrund der Fürsorgepflicht die Suizidbeihilfe abzulehnen. Wir haben in einem Grundlagenpapier von Curaviva versucht zu definieren, was Fürsorgepflicht meint: Den Menschen muss es gutgehen, Suizidgedanken und Sterbewünsche müssen ernst genommen werden. Die Institutionen müssen abklären, was hinter Sterbewünschen steckt und Rahmenbedingungen schaffen, um sie allenfalls aus der Welt zu schaffen. Zu den Sorgfaltspflichten gehört auch, zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Suizidbeihilfe erfüllt

Welche Rahmenbedingungen sind wichtig, um Sterbewünsche zu beseitigen?

In erster Linie Suizidprävention und Palliative Care. Dafür will sich auch die politische Schweiz, der Bund, im Rahmen der nationalen Strategie verstärkt einsetzen. Er tut sich aber sehr schwer damit – vor allem was die Finanzierung betrifft. Die Förderung von Palliative Care ist, so weit sie Kosten verursacht, politisch noch nicht gelöst.

Palliative Care bedeutet ja weniger Therapien. Warum verteuert sie die medizinische Versorgung dennoch?

Wenn Menschen gut palliativ versorgt sein sollen, müssen alle Institutionen ihr Personal weiterbilden und die Qualität der Palliative Care sichern. Wer das bezahlen soll, ist nicht geregelt, und es gibt kaum finanzielle Anreize für die Institutionen,



«Wenn jemand auf Essen und Trinken verzichten will, ist das Umfeld in der Pflicht, diesen Willen zu respektieren»: Christoph Schmid im Gespräch mit Beat Leuenberger, Chefredaktor der Fachzeitschrift Curaviva.

sind: Die Urteilsfähigkeit der Menschen mit Sterbewunsch muss abgeklärt werden, der Suizidwille muss dauerhaft sein, und die Person darf nicht unter dem Druck Dritter stehen. Entscheidet eine Bewohnerin, ein Bewohner nach allen Abklärungen, aus dem Leben zu scheiden, kommt das Selbstbestimmungsrecht zum Zug. Pointiert gesagt: Die Fürsorgepflicht besteht darin, leidende Personen neutral zu unterstützen, damit sie eine für sie stimmige Entscheidung treffen können.

Palliative Care auszubauen. Es besteht eine grosse Diskrepanz zwischen Konzept und nationaler Strategie einerseits und den konkreten Massnahmen andererseits. Das hat mit der Verteilung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen zu tun. Der Bund kann nur den Rahmen vorgeben. Zuständig für die Umsetzung sind die Kantone, und diese fahren betreffend Investitionen im Gesundheitsbereich einen extremen Sparkurs, ganz besonders was die Langzeitpflege betrifft.

>>

Was gehört zu einer guten Palliative Care?

Palliative Care ist ein bio-psycho-sozio-spirituellem Ansatz. Biologisch müssen alle körperlichen Symptome «gemanaged» werden, damit die Menschen nicht leiden. Sodann soll es ihnen psychisch und sozial gut gehen. Viele Institutionen fragen etwa die Bewohnerinnen und Bewohner, was ihnen beim Sterben wichtig ist, welche Personen sie bei sich haben möchten – und welche nicht. Zur spirituellen Dimension gehört, dass Menschen in ihrem ganz persönlichen Glauben unterstützt werden möchten. Palliative Care hat ihren Platz sowohl in den Institutionen wie auch im ambulanten Bereich. Ich persönlich bekenne mich zu jener Minderheit, die nicht unter allen Umständen zuhause sterben will, sondern dort, wo ich gut aufgehoben und palliativ versorgt bin. Wenn ich schwer leide, brauche ich nicht meine eigenen vier Wände, sondern eine gute Atmosphäre und 24 Stunden am Tag Zugang zu medizinischen Leistungen, die mein Leiden lindern.

Erstaunlicherweise beherrscht das Für und Wider der Suizidbeihilfe die öffentliche Diskussion. Dabei gibt es eine wunderbare Alternative, nämlich, das Essen und Trinken einzustellen und auf diese Weise friedlich wegzudämmern. Wäre es nicht sinnvoll, diese Botschaft vermehrt unter die Leute zu bringen?

Absolut. Und dafür macht erfreulicherweise auch der ehemalige Zürcher Stadtarzt Albert Wettstein Propaganda. Er hat dafür einen gesellschaftlich salonfähigen Begriff geprägt, das «terminale Fasten». Doch dabei hat sich ein Problem gezeigt, denn zur Grundpflege gehört, dass die Bewohnerinnen und Bewohner zu essen und zu trinken bekommen. Wenn jemand nicht mehr isst, ist es die erste Aufgabe der Pflegenden, nach den Gründen zu suchen. Häufig sind es Probleme mit Schlucken oder mit der Zahnhygiene. Dies abzuklären, ist wichtig aus Sicht der Pflegeethik und -kompetenz. Deshalb ist es nicht ganz einfach, mit Essens- und Trinkensverweigerung umzugehen. Am einfachsten ist es, wenn eine Person ihren klaren Willen äussern kann.

Muss das Pflegepersonal diesen Willen respektieren?

Ja. Es ist ein Verzicht auf eine lebenserhaltende Massnahme – nicht im engen medizinischen Sinn. Aber Essen und Trinken sind Lebensgrundlagen. Schwieriger wird es bei urteilsunfähigen Menschen. Allenfalls haben sie in der Patientenverfügung festgehalten, dass sie zum Beispiel in einem fortgeschrittenen Demenzstadium niemand zum Essen zwingen soll, wenn sie deutliche Zeichen geben, dass sie nicht mehr essen wollen. Oder die berechnigte Stellvertreterperson kann den «mutmasslichen Willen» nachweisen.

Nach der Statutenänderung bei Exit wurden erneut Befürchtungen geäussert, die schleichende Banalisierung des Freitods könnte Druck ausüben auf ältere Menschen, vom Angebot der erleichterten Suizidbeihilfe Gebrauch zu machen, um der

«Die Statutenänderung bei Exit wird für die Altersinstitutionen keine Brisanz auslösen.»

Gesellschaft und der Familie nicht länger zur Last zu fallen und Kosten zu verursachen. Besteht diese Gefahr?

Solche Zusammenhänge konnte bisher niemand aufzeigen. Die gesetzliche Grundlage ist ganz klar: Beihilfe zum Suizid darf nur leisten, wer nicht aus selbstsüchtigen Motiven handelt. Dies nachzuweisen, ist aber nicht die Aufgabe der Alters- und Pflegeinstitutionen, sondern gehört zur Sorgfaltpflicht von Exit und anderen Sterbehilfeorganisationen. Sie würden sich strafbar machen, wenn sie Angehörige unterstützten, die Druck ausüben – etwa um an das Erbe zu gelangen. Es ist mir aber ein grosses Anliegen, die Beihilfe zum Suizid nicht zu verteufeln. Man soll darüber sprechen können – mit der Einschränkung, dass sie im Heimbereich bei Weitem nicht das Hauptthema ist.

Welches ist das Hauptthema?

Die wichtige Frage lautet: Wie kann man gut sterben ohne Beihilfe zum Suizid, sondern mit Palliative Care. Dort liegt der Ansatzpunkt für eine Veränderung: Dass man Menschen, die sterben möchten – und davon gibt es viele – sterben lässt, wenn sie sich entschlossen haben, auf lebenserhaltende Massnahmen wie Medikamente und Therapien, aber auch auf Essen und Trinken zu verzichten. Das Umfeld ist in der Pflicht, diesen Willen zu respektieren. Sehr gute Instrumente, um die Durchsetzung zu unterstützen, sind die Patientenverfügung und der konsequente Einbezug von entscheidungsberechtigten Stellvertretungspersonen. Dies regelt das neue Erwachsenenschutzrecht.

Die Möglichkeit, Patientenverfügungen zu hinterlassen, besteht aber schon lange.

Ja, aber der Umgang damit war nicht gesamtschweizerisch gesetzlich verankert und nicht so verbindlich wie jetzt. Wenn sich etwa Ärzte nicht daran halten wollen, haben sie Begründungspflicht – auch der stellvertretenden Vertrauensperson gegenüber, die man bestimmen kann für den Zeitpunkt, in dem eigene Entscheidungen nicht mehr möglich sind.

«Die wichtige Frage lautet: Wie kann man gut sterben ohne Beihilfe zum Suizid?»

Es gibt Menschen, die nicht sterben können, obwohl sie es möchten. Was bedeutet das aus seelsorgerischer Sicht? Sind diese Personen trotz dem geäusserten Sterbewunsch nicht bereit zu sterben?

Wenn ich als Seelsorger einer solchen Person begegnete, würde ich ihre ambivalente Haltung thematisieren: «Jedes Mal, wenn ich zu

Ihnen komme, sagen Sie, dass Sie sterben möchten. Und jedes Mal habe ich den Eindruck, dass Sie im Grunde genommen zufrieden sind mit Ihrem Leben. Wie soll ich das zusammenbringen?» Ambivalenzen auszusprechen und zu helfen, sie aufzulösen, ist häufig eine Aufgabe des Seelsorgers oder einer professionellen Pflegefachperson.

Darf ein Sohn seine Mutter darauf hinweisen, dass die Möglichkeit besteht, mit Essen und Trinken aufzuhören, wenn sie doch sterben möchte?

Wenn kein Erbe lockt, darf er das. ●