Das grosse Interview

Autor(en): **Brunner, Andreas / Bosshard, Georg / Keller, Morten**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (2014)**

Heft 4: **Assistierter Suizid**

PDF erstellt am: **31.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-789957

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Das grosse Interview

Intercura im Gespräch mit **Dr. iur. Andreas Brunner,** bis März 2014 Leitender Oberstaatsanwalt des Kantons Zürich, und **PD Dr. med. Georg Bosshard**, leitender Arzt Klinik für Geriatrie, Universitätsspital Zürich

Herr Brunner, Herr Bosshard: Erinnern Sie sich an Ihren ersten Fall eines assistierten Suizides?

Andreas Brunner: Es war Anfang der 1980-er Jahre. Es wurde von einem Kollegen ein Strafverfahren wegen Mordes geführt, das letztlich eingestellt wurde. Das Phänomen war für die staatlichen Organe völlig neu und man stand ihm sehr kritisch gegenüber.

Georg Bosshard: Ich sehe die ersten Fälle, die für mich sehr eindrücklich waren, noch klar vor mir. Als Assistenzarzt untersuchte ich Mitte der 1990-er Jahre einen Fall eines jungen, an AIDS erkrankten Menschen mit einer durch das HI-Virus verursachten Nervenschädigung mit ausgeprägten Schmerzen. Abgesehen von der Sterbehilfeorganisation war niemand anderer vor Ort. Beim zweiten Fall hatte ein an einem fortgeschritten Krebs erkrankter Mensch im Beisein seiner Familie assistierten Suizid begangen – es war am Sterbeort eine einfühlbare Trauer wahrzunehmen. Man konnte gut nachvollziehen, dass dem assistierten Suizid ein Prozess vorausgegangen war – dies ganz im Gegensatz zu den «gewöhnlichen» Suiziden, bei denen dies nicht feststellbar ist.

Brunner: Ich erlaube mir, an dieser Stelle eine Ergänzung anzubringen: Es sind klar zwei völlig verschiedene Ereignisse: der Suizid, vielfach spontan, meist ohne Vorbereitung der Angehörigen, in aller Regel im Rahmen einer psychischen, oft depressiven Störung. Im Gegensatz dazu der assistierte Suizid, bilanzierend am Ende des Lebens, bei welchem die Angehörigen häufig involviert sind…

Bosshard: … Sie wollen damit sagen, dass die Ausgangskonstellationen für einen «gewöhnlichen» oder aber für einen assistierten Suizid völlig verschieden sind?

Brunner: Genau.

Bosshard: Ich stimme dem absolut zu und erlaube mir in diesem Zusammenhang die Frage, ob der Begriff des assistierten Suizides die richtige Formulierung ist. In Oregon beispielsweise wird aus diesem Grund der gleiche Vorgang nicht als assisted suicide, sondern als death with dignity bezeichnet.

Brunner: Hier kommt ins Spiel, dass bei uns der Begriff vom Selbstmord gemäss Art. 115 StGB hergeleitet ist. Hieraus ergibt sich dann die Umschreibung des assistierten Suizides. Ein etwas irreführender Ausdruck ist in diesem Zusammenhang derjenige der Sterbehilfe, der nur zutrifft, wenn es sich um einen todkranken Menschen handelt – Sterbehilfe ist dann eine Hilfe beim Sterben. Demgegenüber ist die Suizidhilfe Hilfe zum Sterben.

Wie ist aus Ihrer Sicht die Entwicklung des assistierten Suizides in den vergangenen Jahren vorangeschritten, in Zürich, in der Schweiz, international?

Brunner: Ein wichtiger Unterschied ist sicherlich, dass es im urbanen Bereich mehr assistierte Suizide gibt als in ländlichen Regionen. Am Anfang wurden zudem nur schwerst kranken Menschen Beihilfe zum Suizid geleistet. Auch die Ärzte haben sich sehr zurückhaltend beteiligt. Danach ist man zu den schwer kranken Menschen übergegangen, die assistierten Suizid begehen konnten, dann die mittelschwer kranken Personen, Ältere und aktuell geht es weiter zum Lebensbilanzsuizid. Die Akzeptanz ist heute viel grösser …

…wie macht sich das bemerkbar?

Brunner: Das sehen Sie an Abstimmungen zum assistierten Suizid. Viele Menschen anerkennen heute den assistierten Suizid als eine Option, wie ein Leben auch enden kann – was sicherlich auch mit der Überalterung der Bevölkerung zu tun hat – bei häufig gutem bis sehr gutem Geisteszustand.

> «Sie wollen damit sagen, dass die Ausgangskonstellationen für einen «gewöhnlichen» oder aber für einen assistierten Suizid völlig verschieden sind?»
>
> Georg Bosshard

Dr. iur. Andreas Brunner

PD Dr. med. Georg Bosshard

Bosshard: Ich kann diese Beurteilung nur teilen. Aufgrund von Studien könnte man grob gesagt festhalten, dass der typische Exit-Patient in den 80-er Jahren männlich, mittleren Alters und krebskrank war. Heute ist ein immer grösserer Anteil der Exit-Klienten weiblich, 85 Jahre und älter, polymorbid, hat aber keine unmittelbar den Tod herbeiführende Erkrankung.

Gibt es noch andere Veränderungen, die Sie im Lauf der Zeit beobachten konnten?

Bosshard: Die Durchmischung der Bevölkerung durch Migration wird zu Veränderungen in der Haltung gegenüber dem assistierten Suizid führen. Und dies betrifft sowohl das Personal in Spitälern und Pflegeheimen wie auch die Patienten. Je nach Herkunft der Belegschaft wird so beispielweise die Akzeptanz des assistierten Suizides abnehmen, und auch Ältere mit einem Migrationshintergrund stehen dieser Form des Lebensendes viel kritischer gegenüber als dies die ältere schweizerische Bevölkerung tut.

Brunner: Mir ist aus meiner langjährigen Tätigkeit als Staatsanwalt praktisch kein assistierter Suizid bei einem Menschen mit einem echten Migrationshintergrund bekannt – und mit echtem Migrationshintergrund meine ich Menschen aus anderen Ländern und Kulturen, die hier in der Schweiz längere Zeit gelebt haben. Es handelt sich also beim assistierten Suizid um ein Phänomen der «alten Welt» und der USA, das meines Erachtens auch mit der abnehmenden Bedeutung der katholischen und reformierten Landeskirchen zu tun – demgegenüber der Islam oder das Judentum hier einen ganz anderen Stellenwert hat.

> «Es zeigt sich dabei ohne grosse Überraschungen, dass sich die Schweiz zusammen mit anderen Ländern wie Holland als sehr sterbehilfefreundlich erweist.»
>
> Georg Bosshard

Lässt sich dies, Herr Bosshard, aus wissenschaftlicher Sicht bestätigen?

Bosshard: Diese Frage kann ich nur indirekt beantworten. Aufgrund der ca. alle sechs Jahre durchgeführten sogenannten world value survey kann zur Frage der Einstellung zur Sterbehilfe eine Art Landkarte erstellt werden. Es zeigt sich dabei ohne grosse Überraschungen, dass sich die Schweiz zusammen mit anderen Ländern wie Holland als sehr sterbehilfefreundlich erweist; andere deutschsprachige Länder wie Deutschland oder Österreich sind viel kritischer, und wenn man Richtung Süden und Südosten geht, nimmt die Sterbehilfefreundlichkeit noch deutlicher ab. Wenn man nun diese Untersuchungen über die letzten Jahre vergleicht, so sieht man, dass alle Länder Europas sterbehilfefreundlicher werden, mit einer Ausnahme, nämlich Holland, wo die Sterbehilfefreundlichkeit abzunehmen begonnen hat. Holland, das in den vergangenen Jahren eine sehr grosse Migration gehabt hat, Holland, das in den vergangenen Jahren immer am sterbehilfefreundlichsten gewesen ist. Dies ein Hinweis dafür, dass sich die Haltung eines Landes ändern kann.

Brunner: Ergänzend kann ich ausführen, dass der Europäische Menschengerichtshof schon vor längerer Zeit bestätigt hat, dass es jedem einzelnen Land obliegt, die rechtlichen Grundlagen für den assistierten Suizid zu regeln. Man will ganz bewusst nicht vom EuGH intervenieren, um die länderspezifischen Entwicklungen nicht zu beeinflussen.

Bosshard: Hier kann ich aus Sicht des Klinikers ergänzen: Noch vor zehn Jahren wurden im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen in Spitälern klassischerweise Situationen besprochen,

> «Ich bin entschieden dagegen, dass die Suizidbeihilfe via das Strafrecht geregelt wird, wie es beispielsweise bei der Abtreibung der Fall ist.»
>
> Andreas Brunner

in denen sich eine Schweizer Familie dagegen zur Wehr setzte, dass Ärzte zu viele Therapien am Lebensende unternehmen. Heutzutage ist ein immer häufigerer Anlass zu einer ethischen Fallbesprechung derjenige, dass eine Einwandererfamilie mit einem ganz anderen kulturellen Hintergrund Therapien einfordert, welche die behandelnden Ärzte für sinnlos erachten. Hierdurch wird auch die Suizidbeihilfediskussion geprägt.

Finden Sie, dass die Schweizerischen Regelungen hinsichtlich des assistierten Suizides zweckdienlich sind?

Brunner: Die aktuellen gesetzlichen Regelungen sind meiner Meinung nach absolut okkassionell, unbefriedigend und eigentlich auch nicht adäquat der Sache. Ich bin entschieden dagegen, dass die Suizidbeihilfe via das Strafrecht geregelt wird, wie es beispielsweise bei der Abtreibung der Fall ist. Das Strafrecht muss nur dann eingreifen, wenn etwas wirklich sozial schädlich ist. Man muss sich erinnern, dass die gesetzliche Bestimmung bezüglich der Suizidbeihilfe 1937 ins Strafgesetzbuch aufgenommen wurde – zu einer Zeit, als noch niemand über Sterbe- oder Suizidbeihilfe gesprochen hat. Ursprünglicher Zweck der entsprechenden Regelung war die Ermöglichung eines «Freundesdienstes», bspw. wenn einem Suizidenten eine Waffe gegeben wurde, damit sich dieser erschiessen konnte, nachdem er in Konkurs gegangen war. An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, dass lange Zeit nicht realisiert wurde, dass das in der Suizidbeihilfe verwendete Natriumpentobarbital rezeptpflichtig ist. In einer modernen Gesellschaft sollte es eine generelle Regelung geben, insbesondere auch unter dem Aspekt eines zweckdienlichen Vorgehens bei den Abklärungen des Lebensbilanzsuizides. Eine solche Regelung gehört klar nicht ins Strafrecht, allenfalls können Missbräuche dort geregelt werden ...

... und gehört das Umsetzen einer solchen Regelung in die Hände der Ärzteschaft oder von anderen?

Brunner: Das ist natürlich eine interessante Frage. Meiner Meinung nach müssten sich Ärzte hier viel mehr engagieren und auch aktiv werden. Nicht, dass ich demjenigen, der es auch aus moralethischen Gründen angesichts des geleisteten Hippokratischen Eides nicht mit seinem Gewissen in Einklang bringen kann, einem Patienten Hilfe zum Suizid zu leisten, hier etwas überbürden will, das dieser Arzt nicht annehmen kann. Es gibt aber immer die Möglichkeit, dass man sterbewillige Patienten allenfalls weiterweist, so wie es in anderen Situationen auch zu Weiterweisungen kommt.

Bosshard: Die Antwort auf die Frage nach allfälligen gesetzlichen Regelungen ist schwierig. International wird das heutige schweizerische Vorgehen allgemein als doch zu unverbindlich beurteilt und die Frage nach irgendeiner Form einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe aufgebracht. Im Alltag funktioniert der Schweizer Weg letztlich aber nicht so schlecht...

Brunner: ... was auch damit zu tun hat, dass beispielsweise Exit in den letzten zehn Jahren einen Wandel durchgemacht und verschiedene Ratschläge und Empfehlungen der Strafverfolgungsbehörden umgesetzt hat. Rund 500 assistierte Suizide pro Jahr untermauern den Bedarf nach einer verbindlichen Regelung.

Gibt es eine Dunkelziffer bezüglich assistierter Suizide?

Bosshard: Ich glaube, dass die Zahl der Fälle, in welchen durch den Hausarzt Beihilfe zum Suizid geleistet und anschliessend – entgegen den gesundheitsgesetzlichen Vorschriften – ein natürlicher Tod attestiert wird, relativ hoch ist. Es gab schon vor zehn Jahren Behauptungen, dass die Dunkelziffer gleich hoch ist wie die bekannte Zahl von assistierten Suiziden. Aufgrund meiner Erfahrungen haben gerade die Hausärzte eine zunehmend sehr offene Haltung

gegenüber der Beihilfe zum Suizid, was häufig in strengem Kontrast zur Kultur in den Spitälern steht.
Brunner: Aus nachvollziehbaren Gründen kann ich dies nicht mit Zahlen unterlegen, ich schliesse mich aber dieser Einschätzung vollumfänglich an. Nach meinem Dafürhalten ist der Hausarzt für eine derartige Handlung auch prädestiniert, er kennt den Patienten häufig sehr lange, steht in einem ausserordentlichen Vertrauensverhältnis zu ihm und kann daher vermutlich am allerehesten einen entsprechenden Wunsch nachvollziehen. Wenn die assistierten Suizide beispielsweise durch die Hausärzte gemacht würden, wären entsprechende Organisationen überflüssig. Ich glaube aber nicht daran, dass ein solcher wohl wünschenswerter Weg in den nächsten 20 bis 30 Jahren möglich werden wird.
Bosshard: Das sehe ich genau gleich. Hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen, unter welchen ein assistierter Suizid stattfinden soll, haben uns Belgien und Holland voraus, dass in beiden Ländern spezifische interprofessionelle Beratungs- und Vernetzungsangebote für Ärzte existieren, welche mit der Frage eines assistierten Suizids resp. einer Euthanasie konfrontiert sind. In Holland heisst dieses Angebot SCEN (Support and Consultation for Euthanasia in the Netherlands), in Belgien LEIF (Life End Information Forum) – beide werden sowohl von der offiziellen Ärzteschaft wie auch vom Staat unterstützt. In diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert, dass sich auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) etwas von ihrer konservativen Haltung weg- und hin zu einer moderaten Öffnung bewegen würde.

Welche Rolle spielt die Palliative Care?
Brunner: Es ist ganz wichtig, Palliative Care und Suizidbeihilfe nicht miteinander zu vermischen. Beides sind Optionen am Lebensende, die es zu fördern gilt. Es wäre aber falsch, wenn man die eine gegen die andere ausspielen würde.
Bosshard: Dieser Aussage kann ich mich vollumfänglich anschliessen. Erlauben Sie mir, dass ich an dieser Stelle als negatives Beispiel einer solchen Polarisierung die Fragestellung einer Deutschen Hospizorganisation in einer Meinungsumfrage erwähne, die da lautete: «Möchten Sie lieber Suizidbeihilfe oder Palliative Care?». Indem man nur ENTWEDER Palliative Care ODER Suizidbeihilfe antworten konnte, wurde mit dieser Fragestellung bewusst eine Dichotomie geschaffen, die es so gar nicht geben muss. Denn warum sollte ein vernünftiger Mensch hier nicht antworten dürfen: «Ich möchte beide Optionen haben, abhängig von der Situation»? Übrigens: Es zeigt sich exemplarisch, dass es in allen Ländern, in denen die Suizidbeihilfe zunimmt, parallel zu einer verstärkten Förderung der Palliative Care kommt. Es erstaunt auch nicht, dass dem so ist – es sind ja oftmals die gleichen Patienten, die betroffen sind. Es gibt daher keinen Grund, dass die beiden Optionen gegeneinander ausgespielt werden. Ein solches Ausspielen gegeneinander ist allerdings gerade in Deutschland in hohem Masse der Fall, wo die Suizidbeihilfe einen ganz schwierigen Stand hat. In der Schweiz ist dies zum Glück seltener. Hier erwähnen auch Palliativmediziner gelegentlich die Suizidbeihilfe als gangbare Option unter gewissen Umständen – Äusserungen, für die sie im benachbarten Ausland streng getadelt werden würden.
Brunner: Auch ich erlebe die Diskussion in Deutschland um den assistierten Suizid ähnlich wie Georg Bosshard. Hier spielt sicherlich die historische Erfahrung von Deutschland aus dem Zweiten Weltkrieg eine ganz wichtige Rolle.

Kürzlich hat Exit beschlossen, sich in Zukunft beim sogenannten Lebensbilanzsuizid engagieren zu wollen. Weshalb kommt es zu dieser Entwicklung? Will Exit provozieren, um die eingangs angesprochenen fehlenden Regelungen voranzubringen? Sind es andere Gründe?
Bosshard: Die Bewertung des Lebensbilanzsuizids ist extrem schwierig. Zwei Seelen schlagen hier in meiner Brust, die ich nicht zusammenbringe. Zum einen habe ich als liberal denkender Staatsbürger viel Sympathien für die Idee einer grundsätzlichen Erlaubtheit des Lebensbilanzsuizids. Ich bin mir dabei sehr wohl bewusst, dass ich mit dieser Haltung etliche meiner Kollegen provoziere. Aber es ist doch rational nicht begründbar, weshalb die Möglichkeit des assistierten Suizides dem jüngeren Krebskranken offen stehen soll, dieser Weg aber dem 88-Jährigen verschlossen sein soll, der auch ziemlich genau abschätzen kann, was ihn im Leben noch erwartet. Und wohlverstanden: in Holland konnte schon vor geraumer Zeit gezeigt werden, dass solche sterbewillige alte Menschen keineswegs zwingend depressiv sind. Lebensmüdigkeit ist nicht das gleiche wie Altersdepression. Auf der anderen Seite habe ich gerade als Arzt und insbesondere Geriater extrem Mühe damit, dem Lebensbilanzsuizid

« Die Bewertung des Lebensbilanzsuizids ist extrem schwierig. Zwei Seelen schlagen hier in meiner Brust, die ich nicht zusammenbringe. »

Georg Bosshard

einfach so zuzustimmen. In der genannten Tätigkeit bin ich dafür da, für den betreffenden Menschen unter den gegebenen Umstände das bestmögliche an Gesundheit, Autonomie und Lebensqualität herauszuholen, ich bin hier für das Leben da, nicht für dessen aktive Beendigung. Ich befinde mich also in einem Dilemma, das ich nicht lösen kann.

Brunner: Wenn ich Georg Bosshard zuhöre, merke ich, dass ich es vermutlich einfacher habe, eben weil ich nicht Arzt bin. Wohlverstanden, ich habe Verständnis dafür, dass man als Arzt für das Leben und nicht den Suizid da ist. Aber – und das sehe ich etwas anders als Georg Bosshard – es gehören doch wie die Geburt auch Sterben und Tod zu den ärztlich zu begleitenden Aufgaben. Ich bin klar für die Möglichkeit eines Lebensbilanzsuizdes. In der Praxis wird es auch bereits heute schon so gehandhabt, dass ältere, polymorbide Menschen assistierten Suizid begehen. Ich möchte aber betonen, dass die entsprechenden Personen über eine längere Zeit begleitet werden, weil es halt auch im Alter erfahrungsgemäss zu grundsätzlichen Haltungsänderungen kommen kann. Auch muss verschiedenen Gefahren durch geeignete Massnahmen entschieden begegnet werden, der Gefahr des Druckes von Angehörigen, dem Kostenargument des Gesundheitswesens bei alten Menschen. Mit zu berücksichtigen ist dabei zwingend die staatliche Verpflichtung zum Schutz des Lebens, welche stets in einem gewissen Spannungsfeld zum Selbstbestimmungsrecht des Menschen steht.

Müsste hier allenfalls die SAMW eine tragendere Rolle übernehmen?

Brunner: Spannenderweise ist die SAMW in der ganzen Diskussion um Regelungen im Bereich der Suizidbeihilfe am restriktivsten. Die letzte leichte Öffnung der SAMW liegt einige Jahre zurück. Die SAMW ist restriktiver als die Nationale Ethikkommission. Ich glaube nicht, dass die SAMW hier massgebliche neue Impulse geben kann. Hier sind Diskussionen, wie sie beispielsweise von den Hausärzten offenbar heute schon geführt werden, zielführender …

Bosshard: …zudem glaube ich, dass sich manche Hausärzte in dieser Frage nicht wirklich durch die SAMW vertreten fühlen. Ich möchte aber noch einmal zurückkehren zur Frage, was ein Arzt in dem beschriebenen Fall, in dem ein hochbetagter Mensch wegen Lebensmüdigkeit um Suizidbeihilfe ersucht, genau überprüfen soll. Wenn medizinisch keine wesentlichen Probleme vorliegen – was können denn wir Ärzte hier überprüfen, das nicht genau so gut oder besser durch andere Berufsgruppen (Juristen, Psychologen, usw.) untersucht werden könnte?

> « Aber – und das sehe ich etwas anders als Georg Bosshard – es gehören doch wie die Geburt auch Sterben und Tod zu den ärztlich zu begleitenden Aufgaben. »
>
> Andreas Brunner

Brunner: Primär trägt der Arzt mit der Ausstellung des Rezeptes für das Tod bringende Medikament die Verantwortung für genaue Abklärungen und Behandlungsoptionen. Meines Erachtens geht es in diesen Fällen auch darum abzuklären, ob eine depressive Störung vorliegt, was im Alter nicht selten ist. Im Rahmen der von mir angedachten Begleitung soll unter anderem geklärt werden, ob ein sozialer Druck besteht, ob finanzielle Zukunftsängste bestehen, wie das Verhältnis unter den Angehörigen ist. Die Klärung dieser wesentlichen Fragen obliegt dem Arzt/der Ärztin, wobei gegen den Beizug einer Psychologin/eines Psychologen nichts spricht.

Bosshard: Dies ist letztlich aber für die Hausärzte schier nicht zu bewältigen – gerade in einer Zeit, in der es immer weniger Hausärzte hat und die von früher her bekannten, über Jahrzehnte aufgebauten Arzt-Patienten-Beziehungen selten geworden sind.

Erlauben Sie zum Schluss die Frage, ob es richtig ist, den assistierten Suizid in Alters- und Pflegezentren zuzulassen?

Brunner: Ich vertrete klar die Ansicht, dass in Alters- und Pflegezentren wie auch in Spitälern assistierte Suizide gestattet sein sollten. Der Mensch, der in einer Institution lebt, soll gleich behandelt werden wie derjenige, der zuhause lebt. Es ist für mich nachvollziehbar, dass ein assistierter Suizid für das Personal schwierig sein kann, hier muss im Verlauf der Zeit möglicherweise ein Umdenken stattfinden. Es ist in diesem Zusammenhang gut denkbar, dass entsprechende Schulungen unumgänglich sind. Und wichtig ist es darauf hinzuweisen, dass es für gewisse Haltungen auch einfach eine gewisse Zeit braucht, bis diese verinnerlicht sind.

Bosshard: Die Entscheidung einer Institution, z. B. eines Pflegeheims, den assistierten Suizid grundsätzlich zuzulassen, sollte von den verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam getragen werden. Angesichts des Umstandes, dass diese Berufsgruppen sich heute aus Menschen von ganz unterschiedlicher ethnischer und kultureller Herkunft zusammensetzen, ist es wichtig, dass dieser Meinungsfindungsprozess gemeinsam beschritten werden kann – immer unter der Vorgabe, dass die Wertvorstellung des betroffenen Patienten das wichtigste Entscheidungskriterium sein soll.

Dr. med. Morten Keller
Chefstadtarzt, Stadtärztlicher Dienst