

Media Screen

Beihilfe zum Suizid für psychisch Kranke

Essay mit Rezension



Böhning A, Hrsg. Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderungen für die Psychiatrie und Psychotherapie. Bern: Hogrefe; 2021: kartoniert, 232 Seiten, € 34,95; CHF 45,50; ISBN 987-3-456-86002-2

Die Frage, wie umzugehen mit dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid von psychisch Kranken war eines der viel diskutierten Themen des DGPPN-Kongresses im November 2021. Noch ist die gesetzliche Regelung in Deutschland offen. Nach zwei liberalen Gesetzentwürfen wurde im Januar ein weiterer fraktionsübergreifender Gesetzentwurf eingebracht. Er sieht vor, dass von fachärztlicher Seite die Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Entschlusses zweimal im Abstand von mindestens 3 Monaten überprüft werden soll. Zusätzlich soll ein Beratungsgespräch stattfinden. Der Zugang zum Suizid solle nicht leichter sein als zu palliativer Versorgung, Pflege und Psychotherapie [1]. In Österreich hat – ähnlich wie in Deutschland das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 – der Verfassungsgerichtshof im Dezember 2020 ein Leiturteil gesprochen, jedoch mit einer eng gesetzten Frist für die Neuregelung. Die gesetzliche Änderung besteht lediglich in der Streichung eines Passus (der Hilfeleistung zum Suizid als strafbar). Die Umsetzung jedoch wirft eine Fülle von Fragen auf.

In der Schweiz ist die Beihilfe zum Suizid seit 130 Jahren straffrei, wenn sie unei-

gennützig geschieht. Seit einem Leiturteil 2006 steht die Beihilfe zum Suizid auch psychisch Kranken offen, wenn die Entscheidung autonom gefällt, wohl erwogen und über eine angemessene Dauer konstant geäußert wurde. Ein im letzten Jahr erschienener Tagungsband wendet sich den Herausforderungen für unser Fachgebiet zu. Rechtlich steht im Zentrum die Situation in der Schweiz mit Blick auf die Situation in Deutschland seit dem BGH-Urteil 2020.

Als bisher einzige systematische Übersichtsarbeit zu assistiertem Suizid für Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt die Publikation von Calathi et al. vor. Naturgemäß basiert sie auf den Studien der Länder, in denen der assistierte Suizid zugelassen ist – den Niederlanden, Belgien und der Schweiz. Sie zeigen eindeutig, dass der Wunsch nach assistiertem Suizid mit der Legalisierung zunimmt. Und dies ist eine der Konsequenzen, mit der man im Gefolge der Legalisierung rechnen muss. Darauf weisen die Autoren und Autorinnen bereits in ihrer Einleitung hin. In den Niederlanden und in Belgien wird die Entwicklung durch staatliche Evaluationsinstitutionen begleitet. Hier liegen relativ detaillierte Informationen vor. Die Zahlen in der Schweiz lassen nur begrenzte Differenzierungen zwischen psychischen Problemen und manifesten psychischen Erkrankungen als Neben- bzw. Hauptgrund für den Wunsch nach assistiertem Suizid zu. Alle Ergebnisse zeigen jedoch, dass psychische Erkrankungen als Haupt- oder einziger Grund ein kleinerer, aber relevanter Anteil an den assistierten Suiziden ausmacht. Und dass dieser Anteil – wie in den anderen Ländern – seit der Legalisierung kontinuierlich angestiegen ist.

Die Studien aus den Niederlanden ermöglichen keine klare Differenzierung zwischen dem Anteil der Menschen mit psychischen Störungen allein und denen mit psychischen Begleiterkrankungen bei lebensbedrohlicher körperlicher Krankheit. Aus Belgien liegt eine Studie über 100 konsekutive Anträge auf assistierten Suizid von Menschen mit psychischen Störungen vor. 48 von ihnen wurde die Beihilfe genehmigt. 35 nah-

men sie tatsächlich in Anspruch. 11 der 48 entschlossen sich die Entscheidung aufzuschieben. Aus ihnen erklärten 8 später, dass sie allein das Wissen um die Option des assistierten Suizids entlastet habe. 38 der ursprünglichen 100 Patientinnen und Patienten zogen ihren Antrag im Verlauf des Prozesses zurück [2].

Die Geschlechtsverteilung bei vollendeten Suiziden mit und ohne Beihilfe unterscheidet sich auffällig. Dies zeigte bereits eine erste Vollerhebung in der Region Basel mit Gegenüberstellung aller Suizide und assistierten Suiziden zwischen 1992–1997, also aus einer Zeit, als das Bundesamt für Statistik in der Schweiz die assistierten Suizide noch nicht erhob: Die Beihilfe zum Suizid nimmt kontinuierlich zu. Und: Sie wird von Personen in Anspruch genommen, die sich ohne diese Beihilfe nicht das Leben nehmen, in erster Linie Frauen im höheren Lebensalter [3]. In ihrer Diskussion werfen Calathi et al. viele Fragen an die Klärung der Urteilsfähigkeit und der Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches auf. Den Geschlechtsunterschied bei der Inanspruchnahme der Beihilfe zum Suizid interpretieren die Autorinnen als Tendenz zu aggressiveren Methoden bei Männern [2]. Dass die Autorinnen dies als klare Erkenntnis darstellen, überzeugt bei der sonst so differenzierten Darstellung der Situation nicht.

Dass Menschen mit psychischen Störungen grundsätzlich körperlich Kranken gegenüber gleichgestellt sein müssen, ist unstrittig. Dass Sie – abgesehen von Episoden der Urteilsunfähigkeit – in ihrer Autonomie gegenüber anderen Menschen nicht benachteiligt werden dürfen, ist ebenfalls unbestritten. Und da in unserer Gesellschaft die Selbstbestimmung, auch über das eigene Sterben auf zunehmenden Konsens trifft, tangiert die Frage der Beihilfe zum Suizid für psychisch Kranke die genuinen Fragen der Psychiatrie zwischen Freiheit, Autonomie, Gleichbehandlung und Fürsorge.

Paul Hoff hebt in seinem Geleitwort des hier vorzustellenden Tagungsbands hervor, dass das Thema nicht vollständig an die Ethik oder das Recht delegiert werden kann. Ziel sei nicht, einen Konsens

zu erzwingen oder einen Pseudokonsens herzustellen. Vielmehr gehe es um eine Debattenkultur. Dirk Richter stellt sich in seinem Beitrag klar auf die Seite der Autonomie und plädiert für das Recht auf Sterbehilfe auch für psychisch Kranke. Zwei Beiträge wenden sich gezielt der Suizidalität im Alter (Bernadette Ruhwinkel) und dem Umgang mit dem Sterbewunsch in der Palliative Care zu (Daniel Büche). In beiden Beiträgen geht es erwartungsgemäß um die Abhängigkeit des Suizidwunsches von Behandlungs- und Unterstützungsoptionen. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf einen schon älteren Band über psychoanalytische Behandlungen im Alter, die häufig durch Gedanken des Lebensüberdrusses und Suizidgedanken initiiert werden [4].

Zur rechtlichen Situation befasst sich ein Beitrag mit den juristischen und politischen Rahmenbedingungen in der Schweiz (Ueli Nef) und einer mit der strafrechtlichen Perspektive in Deutschland (Rudolf Rengier). Christiane Thomas-Hund skizziert ein mögliches Vorgehen bei der Einschätzung der Urteilsfähigkeit für den Suizidwunsch.

Der Ambivalenz des Suizidwunsches wendet sich in einem eigenen Beitrag André Böhning als Herausgeber zu. In diesem Zusammenhang geht er einem verbreiteten Argument für die Beihilfe zum Suizid – dem Begriff der Würde nach. Ulrich Hemmeters Kasuistik beschreibt eindrücklich, wie der Wunsch nach assistiertem Suizid in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung akut auftreten kann, der aktiven Zuwendung und Auseinandersetzung auch aufseiten der Behandelnden Bedarf und im Verlauf völlig verschwinden.

Wie schwierig – und vermutlich auch ohne manifeste psychische Störung volatil – die Haltung zum Umgang mit der Beihilfe zum Suizid ist, zeigen zwei Befragungen:

Karl Beine führte 2018 eine anonyme Onlinebefragung unter Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden in deutschen Krankenhäusern zur Praxis der Sterbehilfe durch. Sie zeigte, dass alle Formen der

Sterbehilfe in deutschen Krankenhäusern vorkommen. Auch wenn die Umfrage nicht als repräsentativ gelten kann, zeigt sie verdienstvollerweise, wie allgegenwärtig das Thema in allen medizinischen Fächern ist, in der Pflege noch mehr als auf ärztlicher Seite – und wie wichtig und dringlich die aktive Zuwendung [5].

Die DGPPN führte im Sommer 2021 eine Befragung unter ihren Mitgliedern zu bisherigen Erfahrungen und zur Einstellung gegenüber der Beihilfe zum Suizid durch. Ein Fünftel der Mitglieder nahmen an der Befragung teil. Die Teilnehmenden entsprachen im Hinblick auf Geschlecht, Alter und Tätigkeitsbereich einer repräsentativen Gruppe, nicht im Hinblick auf ihre durchwegs langjährige klinische Erfahrung. Pollmächer stellte in seinem Referat erste Ergebnisse vor: Die Mehrheit der Befragten lehnt die Beihilfe zum Suizid für psychisch Kranke ab. Zwei Drittel jedoch sahen die Beihilfe zum Suizid – unter bestimmten Umständen – als ärztliche Aufgabe an, und zwar dann, wenn es um schwere Erkrankungen und sehr hohen Leidensdruck geht. Circa ein Fünftel der Befragten würde sich für entsprechende Aufgaben zur Verfügung stellen. Ein Drittel der Befragten lehnte die Beihilfe zum Suizid für sich selbst ab; ein Drittel wollte für sich selbst die Möglichkeit des assistierten Suizids offenhalten und ein Drittel konnte sich nicht entscheiden [6].

Die rechtliche und medizinethische Situation in der Schweiz, die im Beitrag des Tagungsbands von Ueli Nef auch für nicht in der Schweiz Tätige nachvollziehbar beschrieben wird, sei hier kurz zusammengefasst, weil sie m. E. die gegenwärtige Situation gut abbildet: Nach dem Leiturteil des Bundesgerichts 2006 revidierte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) die «Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod» 2018. Darin hält sie fest, dass es zu den ärztlichen Aufgaben gehöre, mit Patientinnen und Patienten umfassend über alle Aspekte des Lebensendes zu sprechen. Beihilfe zum Suizid erachtet sie auch für psychisch Kranke bei voller Urteilsfähigkeit, wohlwogenem, ohne äußeren Druck ent-

standenem und dauerhaftem Wunsch, unerträglichem Leiden, ausgeschöpften Behandlungsoptionen und wiederholten Fachgesprächen für das Fachpersonal nachvollziehbar und vertretbar als zulässig.

Frau Rota bezeichnete in ihrem Referat vom 25.11. als Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) die Richtlinie der SAMW einerseits und die Haltung der Schweizerischen Ärztegesellschaft (FMH), die sich den Richtlinien der SAMW in diesem Fall explizit nicht angeschlossen hat, andererseits als unbefriedigendes Spannungsfeld [6]. Ueli Nef setzt in seinem Beitrag zur Situation in der Schweiz einen anderen Akzent, wenn er feststellt, dass kein Staat Rechtsregeln im Bereich der Suizidbeihilfe erlassen könne, die beiden Grundrechtsprinzipien vollumfänglich gerecht werde – dem Recht auf Selbstbestimmung und dem Schutz des Lebens. Nach den Landesregeln der FMH verstößt ein Arzt, der einem Patienten Natriumpentobarbital verschreibt, gegen die Regeln der FMH und muss deshalb mit Maßnahmen bis zum Ausschluss aus der Standesorganisation rechnen.

Der letzte Versuch in der Schweiz, die Tätigkeit der Sterbehilfeorganisationen zu regeln, u. a. indem zwingend ein Arzt oder eine Ärztin zugezogen werden müsste, ist u. a. an den Berufsverbänden gescheitert. Sie befürchteten, dass sich die Beihilfe zum Suizid zum festen Bestandteil der medizinischen Berufsausübung entwickeln könnte. Die Kantone argumentierten, es sei nicht Aufgabe des Staates, für ein Angebot zur Suizidbeihilfe zu sorgen. An ihr bestehe weder ein öffentliches Interesse noch sei sie Teil der Gesundheitsversorgung. Der Staat habe sie lediglich zu billigen. Der Bundesrat sprach sich für die zusätzliche Förderung von Suizidprävention und Palliative Care aus.

Das DGPPN-Symposium 2021 bildete die klare Haltung des Respekts vor der Autonomie von Patientinnen und Patienten ab, nicht ohne auf das Ungleichgewicht zwischen Autonomie, Fürsorge und Schutz des Lebens hinzuweisen. Haupt-

botschaft waren die vielen offenen Fragen zur Beihilfe zum Suizid für psychisch Kranke und das Plädoyer, sich nicht einbinden zu lassen in rechtliche Zwänge, schon gar nicht in holzschnittartige Entscheidungen. Angesichts dieser Situation sei der ausgesprochen differenzierte Tagungsband als lohnende Lektüre empfohlen.

Eine der Hauptfragen am Ende des DGPPN-Präsidentensymposiums am 25.11.2021 lautete, wie Palliativbehandlung bei schweren und chronischen psychischen Störungen aussehen kann und soll mit der Feststellung, dass die vorhandene klinische Erfahrung unter diesem Aspekt bislang nicht systematisch zur Verfügung steht. Als ein Stichwort fiel der Umgang mit den in den letzten Jahren in Verruf gekommenen Benzodiazepinen [6]. Angebote an Psychotherapie, Palliativbehandlung und Palliativpflege werden auch und gerade angesichts der anstehenden rechtlichen und medizinisch-psychiatrischen Herausforderungen mit darüber entscheiden, wie viele unserer Patientinnen und Patienten ihre Autonomie im Hinblick auf die vorzeitige Beendigung ihres Lebens beanspruchen werden.

Ulrike Hoffmann-Richter, Luzern
praxis@hoffmann-richter.ch

Literatur

- [1] Schmoll H. Suizidbeihilfe nur nach Beratung. FAZ; 28.01.2022: <https://zeitung.faz.net/faz/politik/>
- [2] Calati R, Olié E, Dassa D et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research* 2021; 135: 153–173. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.12.006
- [3] Frei A, Schenker T, Finzen A et al. Assisted suicide as conducted by a "Right-to-Die"-society in Switzerland: A descriptive analysis of 43 consecutive cases. *Swiss Med Wkly* 2001; 131: 375–380
- [4] Quinodoz D. *Älterwerden. Eine Entdeckungsreise. Erfahrungen einer Psychoanalytikerin.* 2. Aufl. Gießen: Psychosozial; 2012
- [5] Beine K. Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern. *Dtsch Med Wochenschr* 2020; 145: e123–e129
- [6] Der assistierte Suizid – die psychiatrische Perspektive im deutschsprachigen Raum. Präsidentensymposium PR-02 am 25.11.2021 anlässlich des DGPPN-Kongresses