

Suizidbeihilfe bei Psychischkranken

Stellungnahme zum Gutachten zwecks Aufhebung des Moratoriums von EXIT

Gerhard Ebner^a und Hans Kurt^b für den Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Vor einigen Jahren hat EXIT ein Moratorium bezüglich assistierten Suizids bei Psychischkranken ausgesprochen. Da dieses in zunehmendem Masse als diskriminierend angesehen wurde, erarbeitete eine von EXIT eingesetzte Expertenkommission folgende Entscheidungsgrundlage (zitiert nach [1]):

- Da Selbsttötung ein Freiheitsrecht ist, ist eine Einschränkung dieses Rechts aus ethischer Sicht begründungspflichtig.
- Bei Psychischkranken, deren Sterbewunsch Folge ihrer Krankheit ist, lässt sich die Einschränkung dieses Freiheitsrechts mit fürsorgerischen Argumenten begründen.
- Daraus folgt, dass in Fällen, in welchen der Suizidwunsch keine kausale Folge der Krankheit ist, eine Einschränkung des Rechts auf Selbsttötung hinsichtlich des Respekts der Autonomie des Sterbewilligen schwer zu rechtfertigen ist.
- Die Expertengruppe gelangt daher zur Empfehlung, in Fällen Psychischkranker mit Suizidwunsch ein psychiatrisches Gutachten erstellen zu lassen zwecks Abklärung der Frage, ob der Suizidwunsch wohlerwogen, und das heisst nicht eine kausale Folge der Krankheit, sei.

In der Expertenkommission wurden folgende fachliche Kritikpunkte, die die Umsetzung dieser Empfehlungen betreffen, laut, dass

- hinsichtlich der Begutachtung zwecks Suizidbeihilfe somatische und psychische Krankheiten nicht naiv analogisiert werden dürfen;
- aus wissenschaftstheoretischer Sicht zur Beurteilung von Kausalität hinsichtlich Diagnostik und Prognostik wesentliche Unterschiede zwischen somatischen und psychischen Krankheiten berücksichtigt werden müssten, was für die Beurteilung der Informiertheit, und damit der «Wohlerwogenheit», folgeschwer ist;
- psychiatrische Beurteilungen hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit in viel höherem Mass von persönlichen Wertvorstellungen des Gutachters abhängig sind als im Bereich der Somatik;

- durch das im Einzelfall erfolgende Ableben des/der Begutachteten eine kritische Überprüfung allfälliger Fehlbeurteilungen nicht möglich ist;
- gemäss ICD-10-Diagnosen «Anpassungsstörung» oder «andauernde Persönlichkeitsänderungen nach psychischer Erkrankung» (ICD-10 F62.1) die Unterscheidung zwischen «kausal verursacht» und «nicht kausal verursacht» ohnehin obsolet wird.

Da diese Angelegenheit auch von standesethischer und -politischer Bedeutung ist, wurde die SGPP angefragt, zum anstehenden Entscheid des EXIT-Vorstandes Stellung zu nehmen (in Analogie zu den Niederlanden, wo dies die Psychiatergesellschaft ebenfalls getan hat).

Stellungnahme der SGPP

Die Entscheidungsgrundlage der Expertenkommission hat im wesentlichen die Grundlagen eines jeden medizinisch-ethischen Diskurses berücksichtigt: Prinzip der Selbstbestimmung (Autonomie), der Gerechtigkeit (Selbsttötung als Freiheitsrecht, Einschränkung aus ethischer Sicht begründungspflichtig), des Prinzips, Gutes zu tun (*bonum facere*), und des obersten ärztlichen Gebotes, nicht zu schaden (*primum nil nocere*).

Die Einwände der Psychotherapeuten beziehen sich dann auch in erster Linie auf die Problematik und Grenzen der Umsetzung, in erster Linie auf die Forderung eines psychiatrischen Gutachtens zur Urteilsfähigkeit.

Grundlage unserer Stellungnahme bildet neben Ihrem Schreiben das Gutachten von Bosshard, Kiesewetter, Rippe und Schwarzenegger [2], ferner die Stellungnahme der ZGPP [3], die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW [4], wie sie vom Vorstand am 1. November 2004 verabschiedet wurden, sowie die Thesen über Suizidbeihilfe der nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin [5], wie sie an der Kommissionssitzung vom 15. September 2004 verabschiedet wurden.

^a Dr. med., Vorstandsmitglied und Ressortleiter Kommunikation und Vernehmlassungen, Präsident Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte.

^b Dr. med., Präsident SGPP.

Ferner verweisen wir auch auf die Kasuistik vom Sterbewunsch einer psychischkranken Patientin [6] und die Diskussionsbeiträge hierzu [7–9]. Die Kenntnis der aktuellen juristischen Situation wird vorausgesetzt.

Zusammenfassend seien hier nochmals die Grundvoraussetzungen für den ethischen Diskurs und die anstehende Empfehlung (nach [10]) formuliert: Eine Regelung hat in erster Linie die Selbstbestimmung der Betroffenen zu berücksichtigen, sie hat gerecht (auch allgemein abstrakt, abgeleitet für den Einzelfall) zu sein, das Prinzip, Gutes zu tun, zu berücksichtigen und sollte nicht mehr Probleme schaffen als gelöst werden bzw. zusätzlich Schaden setzen. Auf diesem Hintergrund, und erst dann, ist jeder Einzelfall zu prüfen.

Zunächst sind zwei grundsätzliche Unterscheidungen bei der Diskussion zu berücksichtigen.

Handelt es sich um eine Situation einer psychischkranken Patientin, eines psychischkranken Patienten, der an einer Erkrankung leidet, die die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nahe ist?

Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass «die Problematik der Suizidwünsche von Menschen mit psychischen Erkrankungen [...] ethisch ganz anders liegt», als wenn es sich um terminal somatisch Kranke handelt. «Der vorgezogene Tod hat eine andere Bedeutung im Kontext des zu erwartenden Weiterlebens» [11]. Dennoch beschränken wir uns in unserer Stellungnahme auf die in den Richtlinien der SAMW vorgesehenen Fälle, da die Diskussion bei Psychischkranken, nicht terminal somatisch Erkrankten in der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie noch nicht abgeschlossen ist.

Kann das nahende Lebensende im Rahmen einer somatischen Erkrankung bejaht werden, stellt sich die Frage, ob alternative Möglichkeiten der Hilfestellung erörtert und, soweit gewünscht, auch eingesetzt wurden. Und erst dann: Ist die Patientin, der Patient urteilsfähig, der Wunsch wohl erwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft, wobei dies von einer unabhängigen Drittperson überprüft zu sein hat [4]?

In diesem Falle ist, ableitend aus den vier ethischen Grundprinzipien des Diskurses, nicht einzusehen, weshalb einem Psychischkranken der Wunsch, zu sterben mittels eines assistierten Suizides, im Gegensatz zu nicht Psychischkranken verwehrt werden sollte; ein Verwehren desselben würde diametral dem Prinzip der Selbstbestimmung (Autonomie) und dem der

Gerechtigkeit widersprechen und zu einer Fortführung der Diskriminierung Psychischkranker führen.

Ein besonderes Augenmerk ist hierbei auf die Urteilsfähigkeit zu richten. Dabei stellt sich die Frage, ob dies durch ein ausführliches psychiatrisches Gutachten, wie von der Expertenkommission vorgeschlagen, zu erfolgen hat. Hier können wir uns nur der Stellungnahme von Frau Kollegin Romann, Präsidentin der ZGPP, anschliessen: «Wir schliessen uns den Vorschlägen der Expertengruppe insofern an, als dass wir ebenfalls für eine zeitliche Strukturierung eintreten, die einige Sicherheit in Bezug auf die Konsistenz des Sterbewunsches gewährleistet. Hingegen können wir den Vorschlag eines psychiatrischen Gutachtens nicht unterstützen. Die länger dauernde Beziehung mit einem behandelnden Arzt/Psychiater scheint uns dafür viel wichtiger als ein formelles Gutachten. Es versteht sich von selbst, dass nach wie vor keine Freitodbegleitung angeboten werden darf, wenn der Suizidwunsch direkte Folge einer psychiatrischen Erkrankung ist [...]» [3]. Ein ausführliches psychiatrisches Gutachten, so wie es von Bosshard et al. [2] formuliert wird, ist aus unserer Sicht hierbei eine zu grosse Hürde, die zu einer technokratischen Aufblähung eines zutiefst menschlichen Anliegens führt; wir schlagen hier eher einen ethischen Diskurs, wie er von Baumann-Hölzle [12] empfohlen wird, unter Miteinbezug des nächsten Umfeldes einschliesslich der behandelnden Ärzte und des betreuenden Teams vor, wobei die Richtlinien der SAMW [4] zu berücksichtigen sind. Hier wird unsere Forderung, jeden Einzelfall sorgfältig und in würdiger Form zu prüfen, genügend gewürdigt. Hierbei schliessen wir uns den Thesen der nationalen Ethikkommission von 2004 [5] an:

«Bei psychisch kranken Menschen sind Todes- und Suizidwünsche häufig Ausdruck oder Symptom ihrer Erkrankung. Deshalb bedürfen Suizidwillige, die unter psychischen Krankheiten leiden – alleine oder in Kombination mit somatischen Krankheiten – in erster Linie einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Erkrankung ist, soll keine Beihilfe zum Suizid geleistet werden.

Die Suizidforschung hat übereinstimmend herausgearbeitet, dass das Suizidrisiko durch eine psychische Erkrankung stark erhöht wird. Suizidalen Menschen mit einer

psychischen Erkrankung ist zuerst und vor allem mit psychiatrischer Behandlung und psychosozialer Unterstützung zu helfen. Suizidalität kann unmittelbar als Symptom der psychischen Erkrankung auftreten. Menschen in einer suizidalen Krise benötigen zuerst und vor allem Verständnis und Einfühlung. Sie brauchen zuhörende Menschen, die verstehen, dass es keine fixen Erklärungen für Suizidhandlungen gibt. Psychische Krankheiten gehen mit einer Einbusse an Lebensqualität einher, bedeuten aber nicht das Lebensende.

Die Prognose psychischer Störungen ist häufig offen. Daher ist der assistierte Suizid in der Regel auszuschliessen. Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für eine Ausnahme dieser Regel ist das Auftreten von Suizidwünschen, die nicht Ausdruck oder Symptom der psychischen Erkrankung sind und z.B. im symptomfreien Intervall einer bisher chronisch verlaufenden Krankheit auftreten. (Unter «Ausdruck» der Krankheit ist ein direkter Zusammenhang des Suizidwunsches mit der psychischen Erkrankung gemeint und nicht z.B. ein Leiden an einer Lebenssituation, die von einer Erkrankung mit beeinflusst sein kann.)»

Insbesondere scheint uns folgender Abschnitt wichtig: «Da psychiatrische Institutionen den Auftrag haben, psychische Krankheiten und deren Folgen – wie Suizidalität – zu behandeln, sollen assistierte Suizide nicht in solchen Institutionen stattfinden.» Dies sollte allerdings in Form eines Moratoriums geschehen, da doch zu berücksichtigen ist, dass nicht wenige psychiatrische Institutionen auch gerontopsychiatrische Langzeitabteilungen haben, in denen Patientinnen und Patienten seit Jahren bis zu ihrem Tod beheimatet sind, für die die unter Punkt 1 genannten Kriterien der SAMW durchaus denkbar und anwendbar wären, wie auch das Fallbeispiel von Ebner [6] zeigt. Da aber auch in diesem Fall mehr Probleme bei der Durchführung eines assistierten Suizids – auch bei enger Indikationsstellung – geschaffen als gelöst werden würden, würden wir auch dieser Empfehlung im Sinne einer Fortführung eines Moratoriums zustimmen. Auf Dauer müsste unter dem Aspekt der Gerechtigkeit dieser Punkt erneut überprüft werden.

Abschliessend möchten wir noch einmal die oben erwähnte Stellungnahme der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie zitieren: «Freitodbegleitung für Psychischkranke bleibt eine Gratwanderung zwischen dem Wunsch, auch dem Psychischkranken hinsichtlich eines Sterbens in Würde Autonomie zuzugestehen, und einer Förderung des Suizides bei Krankheiten, die den Suizidwunsch sozusagen mitbeinhalten – was wohl niemand ernstlich wollen kann.»

Literatur

- 1 Pomeranz R. Schreiben betr. Gutachten zwecks Aufhebung des Moratoriums von EXIT hinsichtlich Suizidbeihilfe bei Psychischkranken vom 29. September 2004.
- 2 Bosshard, Kiesewetter, Rippe und Schwarzenegger. Gutachten Suizidbeihilfe bei Menschen mit psychischen Störungen unter besonderer Berücksichtigung der Urteilsfähigkeit vom 18. April 2004.
- 3 Romann C. Stellungnahme der ZGPP (Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie) zur Frage der Freitodbegleitung vom 27. Oktober 2004.
- 4 SAMW. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, verabschiedet vom Vorstand am 1. November 2004.
- 5 Thesen über Suizidbeihilfe der nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, verabschiedet an der Kommissionssitzung vom 15. September 2004.
- 6 Ebner G. Ethik im Gesundheitswesen – Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbar körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2421-4.
- 7 Baumann-Hölzle R. Der Tod als Freund. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2425-8.
- 8 Bosshard G. Schutz der Institution vorrangig. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2429.
- 9 Küchenhoff B, Hell D. Stellungnahme zum Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbar körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2430.
- 10 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1994.
- 11 Rehmann-Sutter C. Medizinische Ethik – ein Werkzeugkasten. Vorlesung 2005.
- 12 Baumann-Hölzle R, Strebel U. Betreuung von chronisch Kranken und Sterbenden. In: Bondolfi A, Müller H (Hrsg.). Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG; 1999. S. 323-53; Sieben Schritte ethischer Urteilsbildung. S. 343-52.