

Der assistierte Suizid

Klaus Bally

Immer mehr Menschen tragen sich mit dem Gedanken, eines Tages Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen. Die Sterbehilfe-Organisation EXIT Schweiz zählt über 100 000 Mitglieder, täglich melden sich 50 bis 100 Menschen für eine Neumitgliedschaft an.

Leicht modifizierter
Nachdruck aus
Palliative Info Newsletter
Nr. 1 Februar 2015

Einführung

Viele Menschen melden sich nicht primär im Hinblick auf einen möglichen späteren assistierten Suizid EXIT-Mitglied, sondern um eines Tages dank einer EXIT-Patientenverfügung nicht unnötig belastende Therapie ertragen zu müssen.

Wenn ein Patient einen assistierten Suizid ins Auge fasst, sind Hausärzte oftmals die ersten Ansprechpartner [1, 2]. 2012 wurden in der Schweiz insgesamt 508 assistierte Suizide registriert [3] (0,8% aller Todesfälle). Für den einzelnen Arzt ist die Konfrontation mit dem konkreten Wunsch eines Patienten nach assistiertem Suizid daher noch immer ein seltenes Ereignis. In einer 2014 durchgeführten schweizweiten Erhebung gaben von 1318 antwortenden Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung weit mehr als die Hälfte an, noch nie konkret mit einem Suizidwunsch eines Patienten konfrontiert worden zu sein. Knapp ein Drittel der Kollegen berichteten, in den vergangenen fünf Jahren ein bis vier Mal von einem Patienten darauf angesprochen worden zu sein [4]. In einer anderen Befragung allerdings nur von Hausärzten aus der ganzen Schweiz gab ein Drittel der 579 Antwortenden an, sich im Umgang mit Suizidwünschen ihrer Patienten sicher zu fühlen, ein Drittel fühlt sich nur teilweise sicher und ein weiteres Drittel unsicher. Weit mehr als die Hälfte der Kollegen erleben einen Suizidwunsch eines ihrer Patienten als erhebliche emotionale Belastung [5].

Gesetzliche Grundlagen und Standesregeln

Gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. In den 2004 von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) veröffentlichten und 2013 dem neuen Erwachsenenenschutzrecht angepassten Richtlinien «Be-

treuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» [6] wird darauf hingewiesen, dass «am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben kann». Suizidbeihilfe ist nach diesen Richtlinien dann zulässig wenn:

- die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nahe ist.
- alternative Möglichkeiten der Hilfestellung erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt wurden.
- der Patient urteilsfähig ist.
- sein Wunsch ohne äusseren Druck entstanden, wohlwogen und dauerhaft ist.

In jedem Fall muss die zum Tode führende Handlung vom Patienten selbst ausgeführt werden. Kein Arzt darf dazu verpflichtet werden, seinen Patienten bei einem beabsichtigten assistierten Suizid zu unterstützen.

Erwartungen von Patienten und Angehörigen

Befragungen von Patienten und Angehörigen von Patienten, die mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid an ihren Arzt herangetreten sind, haben gezeigt, wie wichtig es ist, dass ihr Arzt offen für ein Gespräch über ihren Wunsch nach assistiertem Suizid ist. Er soll kompetent sein, über den Prozess des Sterbens zu sprechen und insbesondere soll er bereit sein, die Arzt-Patienten-Beziehung aufrecht zu erhalten, auch wenn die Ansichten des Patienten resp. seiner Angehörigen divergent zu denjenigen des Arztes sind [7].

Angehörige geraten durch den Wunsch eines Patienten nach einem assistierten Suizid oftmals in ein Dilemma, indem sie die Autonomie des Patienten als wertvolles Gut betrachten, zugleich aber den assistierten Suizid ablehnen [8]. Daher gehört es zu den

Der einfachen Lesbarkeit halber wird im Artikel jeweils nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind, wenn von Patienten und Ärzten die Rede ist, auch Patientinnen und Ärztinnen gemeint.

ärztlichen Aufgaben, Angehörige in diesem Prozess und insbesondere auch nach dem assistierten Suizid zu unterstützen.

Vorgehen bei einem Wunsch nach Suizidbeihilfe

Die Kommunikation und Organisation rund um einen assistierten Suizid ist komplex und fordert eine umsichtige Zusammenarbeit aller Beteiligten. Der Hausarzt sollte hier eine tragende Funktion einnehmen.

Die beste Vorsorge betreffend Suizidwünschen ist eine frühzeitige und bestmögliche palliativmedizinische Betreuung. Dennoch kann Palliative Care nicht alle entsprechenden Begehren verhindern [9].

C. Gastmans aus Belgien hat im Jahre 2004 eine eigentliche Guideline verfasst, wie bei einem Wunsch nach Euthanasie (in Belgien ist die Euthanasie legal, der assistierte Suizid ist in Belgien nicht im Gesetz verankert) vorgegangen werden soll [10].

Hierzu muss allerdings festgehalten werden, dass die Euthanasie in Belgien vorwiegend dann praktiziert wird, wenn der Leidensdruck durch nicht kontrollierbare Symptome als unerträglich erlebt wird, währenddem in der Schweiz viel häufiger nicht die eigentliche Symptomlast sondern die Angst vor

Autonomieverlust dazu führt, dass ein Mensch um einen assistierten Suizid bittet [11].

Äussert ein Patient einen Suizidwunsch, wird in Anlehnung an Gastmans et al. folgendes Vorgehen empfohlen:

Generell gilt es, den Patienten und seine Angehörigen in einer Situation, die den Wunsch nach einem assistierten Suizid aufkommen lassen könnte, palliativmedizinisch korrekt zu begleiten. Im Vordergrund steht ein mehrdimensionales Symptommanagement. Bei Bedarf soll ein palliativmedizinisches Konsilium erwogen werden. Bei ausgeprägtem Leiden und ausgeschöpfter Symptomkontrolle kann eine palliative Sedierung ins Auge gefasst werden. Gastmans nennt die nochmaligen Bemühungen um eine bestmögliche Palliative Care den «Palliativfilter».

Sollte ein Patient um einen assistierten Suizid bitten,

- gilt es in erster Linie, ihm aufmerksam zuzuhören und zu klären, ob es sich um einen autonom und unbeeinflusst geäusserten, freien Wunsch eines informierten Individuums handelt.
- Man wird sich versichern, ob der Patient urteilsfähig ist bezüglich der Konsequenzen seines Anliegens.
- Dann wird man eruieren, welche Motivation hinter dem Wunsch steht und ob er schon mit anderen Menschen über sein Suizidbegehren gesprochen hat.
- Man wird sich nochmals fragen, wie die Prognose bei der vorliegenden Erkrankung ist und mit welchen Symptomen gerechnet werden muss.
- Körperliche und seelische Belastungen sollen erkannt und behandelt werden.
- Anschliessend soll mit dem Patienten über den zu erwartenden Verlauf und die Möglichkeiten der Symptomlinderung gesprochen werden.
- Auch soll der Patient darüber informiert werden, an wen er sich mit Fragen wenden kann und wer entscheiden soll, wenn er selbst dazu nicht mehr in der Lage ist.

Wenn der Patient hierzu sein Einverständnis gibt, wird der Arzt mit den Angehörigen sprechen. Er wird sie über die Krankheit, die Prognose und Behandlungsmöglichkeiten aufklären und ihnen Unterstützungsmöglichkeiten anbieten. Sie sollen befragt werden, wie sie zum Suizidwunsch ihres Angehörigen stehen und welche Gefühle sie dabei empfinden. Der Arzt wird dem Patienten und den Angehörigen anbieten, sie bei schwierigen Entscheidungen zu unterstützen.

Auch mit den Mitgliedern des Betreuungsteams wird der Arzt sprechen. Teammitglieder sollen nicht in einen Gewissenskonflikt geraten. Es ist wichtig, mit



© Tyler Olson; Dreamstime.com

ihnen ihre Rolle zu klären und mit ihnen über ihre emotionale Belastung zu sprechen.

Sollte der Wunsch nach assistiertem Suizid bestehen bleiben, wird der Arzt nochmals prüfen, ob die Voraussetzungen für einen assistierten Suizid gemäss

Die beste Vorsorge betreffend Suizidwünschen ist eine frühzeitige und bestmögliche palliativ-medizinische Betreuung.

Gesetz und Landesregeln gegeben sind. Obwohl nach den Schweizerischen Landesregeln die Voraussetzungen auch durch eine nichtärztliche Drittperson geprüft werden können, wird empfohlen, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen, insbesondere auch zur Überprüfung der Urteilsfähigkeit des Patienten.

Die Gespräche mit dem Patienten und den Angehörigen, die Überprüfung der Voraussetzungen und insbesondere der Urteilsfähigkeit durch den Arzt sollen in der Krankengeschichte festgehalten werden.

Entschliesst sich der Patient zu einem assistierten Suizid, ist es dem Arzt freigestellt, wie weit er sich aktiv daran beteiligen möchte. Denkbar ist es, dass er nur die Voraussetzungen prüft und im Falle eines Gewissenskonfliktes seinen Patienten an einen Kollegen resp. an eine Sterbehilfeorganisation weiterweist. Natürlich ist es auch möglich, dass ein Arzt eng mit einer Sterbehilfe-Organisation zusammenarbeitet, dass er sich in Ruhe von seinem Patienten verabschiedet, während dem die Sterbehilfeorganisation die Vorbereitung des assistierten Suizides übernimmt und auch nach dem Tod des Patienten den Staatsanwalt und die Polizei empfängt. Die Sterbehilfe-Organisation wird in der Regel den behandelnden Hausarzt um Informationen zur Urteilsfähigkeit und zum Krankheitsverlauf des Patienten bitten. Hier ist es dem Arzt freigestellt, ob er diese Informationen direkt der Sterbehilfeorganisation oder seinem Patienten zukommen lassen möchte. Kein Arzt kann verpflichtet werden, eine Aussage darüber zu

machen, ob sein Patient urteilsfähig ist in Bezug auf den beabsichtigten assistierten Suizid. Er ist lediglich zu einer Aussage bezüglich dessen kognitiver Kompetenz gegenüber dem Patienten selbst verpflichtet. Ob er Natriumpentobarbital verschreiben oder beim assistierten Suizid anwesend sein möchte, ist selbstverständlich ebenfalls dem Gewissensentscheid eines jeden Arztes überlassen.

Nach dem assistierten Suizid ist es unabdingbar, mit den Angehörigen und dem Betreuungsteam in Gesprächen das Erlebte zu verarbeiten. Auch der involvierte Arzt soll im Rahmen einer Intervention hierfür die Möglichkeit haben.

Literatur

- 1 Meeussen K, Van den Block L, Bossuyt N, Echteld M, Bilsen J, Deliens L. Dealing with requests for euthanasia: interview study among general practitioners in Belgium. *Journal of pain and symptom management*. 2011;41(6):1060-72.
- 2 Sercu M, Pype P, Christiaens T, Grypdonck M, Derese A, Deveugele M. Are general practitioners prepared to end life on request in a country where euthanasia is legalised? *Journal of medical ethics*. 2012;38(5):274-80.
- 3 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/theen/14/02/04/key/01.html> Sterbehilfe (assistierter Suizid) in der Schweiz
- 4 Brauer S, Bollinger C, Strub JD. Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe. 2014.
- 5 Conditions and quality of end-of-life care in Switzerland – the role of GPs. (NFP 67); noch nicht publizierte Daten.
- 6 Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende», SAMW 2004 (ergänzt nach Einführung des neuen Erwachsenenschutzrechts am 1.12.2013).
- 7 Back AL, Starks H, Hsu C, Gordon JR, Bharucha A, Pearlman RA. Clinician-patient interactions about requests for physician-assisted suicide: a patient and family view. *Arch Intern Med*. 2002;162(11):1257-65.
- 8 Gamondi C, Pott M, Forbes K, Payne S. Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. 2013 Sep 3. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000483. [Epub ahead of print]
- 9 Jansen-van der Weide MC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G. Requests for euthanasia and physician-assisted suicide and the availability an application of palliative options. *Palliat Support Care*. 2006;4(4):399-406.
- 10 Gastmans C, Van Neste F, Schotsmans P. Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline. *J Med Ethics*. 2004;30(2):212-7.
- 11 Fischer S, Huber CA, Furter M et al. Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss Med Wkly*. 2009;139:333-8.

Korrespondenz:
Dr. med. Klaus Bally
Facharzt für Allgemeine
Medizin FMH, Universitäres
Zentrum für Hausarzt-
medizin beider Basel /
uniham-bb,
Kantonsspital Baselland
Rheinstrasse 26
4410 Liestal
klaus.bally[at]unibas.ch