

Autor: Asmus Finzen



Suizidhilfe bei psychisch Kranken – wirklich ein Tabu?

Persönliche Vorbemerkung Die Herausgeber der Sozialpsychiatrischen Informationen haben mich gebeten, zur Suizidhilfe bei psychisch Kranken Fragen zu stellen und Antworten zu geben. Nach Arbeiten zur Suizidhilfe im Allgemeinen für Dr. med. Mabuse (2014) und zur Suizidhilfe durch Ärzte für die Suizidprophylaxe (2014) sollte dieser Text für mich eine Art Endpunkt sein – auch ein Endpunkt für die Findung einer persönlichen Haltung. Bei der Vorbereitung der Niederschrift bin ich zum Ergebnis gekommen, dass ich mit meiner Zusage in ein Dilemma geraten bin. Ich will dennoch versuchen, Antworten zu finden. Dazu werde ich vor allem auf meine Erfahrungen mit der Suizidhilfe in der Schweiz zurückgreifen. Meine Entwicklung spiegelt sich in der beigefügten Literaturliste von Arbeiten zum assistierten Suizid, die aus der Basler Arbeitsgruppe Suizidforschung hervorgegangen sind oder von ihr angestoßen wurden.

Suizidhilfe und die Debatte in Deutschland

10.000 Menschen nehmen sich in Deutschland in jedem Jahr das Leben – viele von ihnen leiden an einer psychischen Erkrankung. Sie tun es aus Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, weil sie keinen anderen Ausweg sehen. Sieben von zehn tun das durch Erhängen, Erschießen, Sturz aus großer Höhe oder – allein neunhundert – durch einen Sprung vor den Zug. Drei von zehn sterben durch Medikamenten- oder Gasvergiftung. Wie viele Menschen bei ihrer Selbsttötung Hilfe in Anspruch nehmen, ist unbekannt.

Wir müssen aber davon ausgehen, dass es außer den etwa 100 Menschen, die in der Schweiz bei Dignitas, ExInternational oder Eternal Spirit Hilfe suchen, einige Hundert sind. Wir wissen auch nicht, wie das im Einzelnen geschieht. Da die Hilfe bei der Selbsttötung den deutschen Ärzten durch ihre Berufsordnung untersagt ist, haben wir es auch hier mit einer Art Blackbox zu tun. Wir

müssen davon ausgehen, dass nur ein Teil der begleiteten Suizide als solche bekannt werden.

Entgegen einer weitverbreiteten Meinung ist Suizidhilfe in Deutschland nicht strafbar. Nach Paragraph 27 StGB kann die Hilfe bei etwas, das nicht verboten ist, nicht verboten sein. Allerdings ist es zwingend, dass bei einem assistierten Suizid, wie bei jedem anderen Suizid auch, ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren zur Ausschließung von Fremdverschulden durchgeführt wird. Bis zum Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes im Jahre 2009 hat die Rechtsprechung allerdings Wege gefunden, die straffreie Suizidhilfe zu verfolgen. Angehörige und Ärzte wurden wegen unterlassener Hilfeleistung, manchmal sogar wegen Totschlags, angeklagt und verurteilt, wenn sie bei einer Suizidhandlung nicht intervenierten, wenn der zum Suizid entschlossene Mensch in ihrer Gegenwart das Bewusstsein verlor. Diese Rechtspraxis hat neben dem

standesrechtlichen Verbot gewiss zu einer Kultur der Verheimlichung der Suizidhilfe beigetragen.

Damit nicht genug. Zum dritten Mal innerhalb von fünf Jahren sind wir in Deutschland mit einer heftigen Debatte um das Sterben konfrontiert, um die Hilfe dabei und die Hilfe dazu. Die erste im Vorfeld der Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes ging vorrangig um die Frage, wie weit unser Selbstbestimmungsrecht in Vorausverfügungen zur Gestaltung unseres Lebensendes gehen darf. Das Parlament machte den Vorsorgewillen der Kranken zum Gesetz. Beim zweiten Mal ging es um die Hilfe bei der Selbsttötung. Nach dem Verbot der ärztlichen Suizidbegleitung durch eine Veränderung der Berufsordnung im Jahr 2011 fühlte sich der Gesetzgeber ein Jahr später aufgerufen, seinerseits tätig zu werden. Der Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums scheiterte an unüberbrückbaren Gegensätzen zwischen den Koalitionsparteien.

Der dritte Ansatz, der eine weitgehende Einschränkung von sog. organisierter Suizidhilfe durch Ärzte und durch Laienorganisationen vorsieht, wird von der großen Koalition vorangetrieben – diesmal vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit. Ein Gesetzentwurf liegt noch nicht vor (30.9.2014). Was aber ist organisiert – und was nicht? Bemerkenswert ist, wie weit Politik und Standespolitik – und die überwiegende Medienmeinung sich von den Überzeugungen der Bevölkerung entfernt haben. Nach einer aktuellen Allensbach-Umfrage (2014) befürworten besorgniserregende zwei Drittel der Großdeutschen die aktive Sterbehilfe durch Tötung auf Verlangen. Bemerkenswert ist, dass dieser Anteil auch bei konfessionsgebundenen Protestanten und Katholiken so hoch ist. In unserem Zusammenhang wichtiger ist die Überzeugung von 60% der Bevölkerung, dass »ähnlich wie in der Schweiz auch in Deutschland private Sterbehilfeorganisationen zugelassen werden sollten, um »unheilbar kranke Menschen bei der Selbsttötung zu unterstützen. Lediglich jeder Fünfte ist der Meinung, dass solche Organisationen verboten bleiben sollten« (N24, 2014).

Suizidhilfe für psychisch Kranke

Die polarisierte Debatte behindert eine notwendige Konsensfindung über ein so elementares Thema. Gesinnungsethische und verantwortungsethische Positionen sind kaum miteinander versöhnbar. Auf der anderen Seite hat jedes Gesetz Risiken und nicht vorhergesehene Nebenwirkungen. Es wäre ein Unglück, wenn eine neue gesetzliche Regelung durch Verbote im Wesentlichen nur zu einer Ausweitung der Grauzone der heimlichen Suizidhilfe führen würde. Über der Debatte ist bislang ein wesentliches Problem in den Hintergrund geraten: Wie ist das eigentlich mit der Suizidhilfe bei Menschen mit psychischen Krankheiten? Diese Frage stellt sich schon deswegen mit Nachdruck, weil der Anteil von Menschen mit psychischen Störungen, insbesondere mit Depressionen unter den 10.000 jährlichen Suizidopfern auf 80–90% geschätzt wird. Die Suizidverhinderung ist deshalb eine zentrale Aufgabe von Ärzten, Psychotherapeuten und Krisendiensten.

Der Gedanke, sich für das genaue Gegenteil einzusetzen, für Unterstützung und Hilfe von Menschen mit psychischen Leiden bei der Selbsttötung, muss deshalb bei den Angehörigen der betroffenen Berufsgruppen

heftigen Widerwillen und massive Abwehr hervorrufen. Das ist mehr als verständlich. Aber ist eine solche Haltung in jedem Fall ethisch vertretbar? Um es drastisch zu formulieren: Dürfen wir einen psychisch kranken Menschen, bei dem wir alles versucht haben, mit ihm zusammen einen Ausweg aus seiner verzweiferten krankheitsbedingten Hoffnungslosigkeit zu finden, allein lassen, wenn wir damit gescheitert sind? Dürfen wir ihn allein lassen, wenn wir seine Hoffnungslosigkeit nach jahrzehntelanger Krankheit und einer Aneinanderreihung von gescheiterten Therapieversuchen verstehen? Dürfen wir durchblicken lassen, dann müsse er es eben tun – nur auf die übliche Weise, aber bitte möglichst nicht, indem er sich vor einen Zug wirft?

Diese Überlegung ist nicht zynisch gemeint. Solche brutalen Grenzsituationen sind im Alltag der Behandelnden von zum Suizid entschlossenen Menschen keine extremen Ausnahmefälle. Wie also können wir damit umgehen? Diese Frage geht an uns als Person. Einfach beantworten können wir sie nur, wenn wir die Hilfe bei einer Selbsttötung kategorisch ablehnen. Aber schon wenn wir bereit sind, sie in seltenen Ausnahmefällen zu dulden, geraten wir in Schwierigkeiten. Diesen können wir mit einer theoretischen Antwort zu begegnen versuchen. Wir können unsere Situation mit der eines Arztes vergleichen, der alles versucht hat, das Leben eines schwer kranken Menschen zu erhalten, und dazu alle verfügbaren Mittel der Medizin bemüht hat, und der dann, wenn alle diese Mittel versagt haben, einsehen muss, dass es von einem bestimmten Zeitpunkt an nicht mehr darum geht, Leben zu erhalten, sondern beim Sterben zu helfen. Aber machen wir uns nichts vor, das ist nicht dasselbe. Psychisch kranke Menschen, die sich für den Tod entschieden haben, haben sich gegen das Leiden entschieden. Sie sind nicht sterbenskrank.

Erfahrungen in der Schweiz

Als ich 1987 in die Schweiz kam, erschien es mir absurd, dass es eine Organisation geben sollte, die sich nicht Suizidprophylaxe zum Ziel gesetzt hatte, sondern Suizidbegleitung. Es dauerte einige Jahre, bis ich begriff, dass die deutlich höhere Suizidrate in der Schweiz, die ausgeprägte Toleranz gegenüber Suizidhandlungen und einige sprachliche Auffälligkeiten – etwa der häufige Gebrauch des Freitod-Begriffes – und die Duldung der Suizidhilfe zusammengehörten.

Exit – Vorreiter der Suizidhilfe

Exit, die erste und lange Zeit bekannteste dieser Organisationen ist mittlerweile mehr als drei Jahrzehnte alt. Exit und ihr welscher Schwesterverband in Genf wurden 1982 als »Vereinigungen für humanes Sterben« gegründet. Die Organisation fand rasch Anklang. Auf dem ersten Höhepunkt ihrer Entwicklung Ende der Neunzigerjahre hatte sie etwa 70.000 Mitglieder. Sie finanziert sich über einen bescheidenen Mitgliedsbeitrag und über sonstige freiwillige Zuwendungen. Von Anfang an waren sogenannte passive Sterbehilfe, Freitodhilfe, sogenannte aktive Sterbehilfe und Sterbebegleitung zentrale Anliegen der Organisation. Schon bei der Gründung war nur Letztere mit der Gesetzeslage nicht vereinbar.

Schon früh setzte Exit sich dafür ein, seinen Mitgliedern mithilfe einer Patientenverfügung das Recht auf passive Sterbehilfe zu sichern. Dazu gehörten und gehören »bei hoffnungslosem Zustand« schmerzstillende Mittel in unbeschränktem Ausmaß, auch wenn dadurch der Tod beschleunigt wird, und die Unterlassung von allen sterbeverzögernden Maßnahmen. Bekannt geworden ist Exit allerdings durch das frühe Angebot der Beihilfe zum Suizid für Schwerstkranke und Schwerstbehinderte. In einem »Manual für schwerstkranke zum Freitod entschlossener Exit-Mitglieder« sind die Bedingungen angeführt, unter welchen Exit »Freitodhilfe« leistet. Dies Manual kann bereits nach dreimonatiger Mitgliedschaft gegen eine geringe Gebühr bezogen werden.

Zur Erfüllung dieser Bedingungen muss der Sterbewillige sich selbst an Exit wenden. Er muss seinen Todeswunsch mehrfach äußern. Ein Arzt muss die »körperliche Hoffnungslosigkeit« (schwere und unheilbare somatische Krankheit) des Mitgliedes bezeugen. Auch die Zustimmung der Bezugspersonen sollte vorliegen. Voraussetzung für den Anspruch auf Freitodhilfe ist in der Regel eine mindestens dreimonatige Mitgliedschaft. Die Suizidhilfe erfolgt in der Wohnung der Betroffenen. Aber auch Ausweichmöglichkeiten kommen in Betracht, ausnahmsweise etwa Hotelzimmer, in jüngster Zeit häufiger Zimmer in Pflegeheimen und – eher selten – in Krankenhäusern. Kommt es zum Suizid zieht der Sterbebegleiter der Organisation wenn möglich Angehörige, auf jeden Fall aber immer einen Zeugen bei. Exit begleitet jährlich um die 300 Personen in den Tod.

Exit hat schon früh mehrfach heftige Medienreaktionen ausgelöst, die zum Bekanntheitsgrad der Organisation beigetragen haben, etwa nach dem begleiteten Suizid der Schriftstellerin Sandra Paretti. Zu heftigen negativen Reaktionen, die zur Umstrittenheit von Exit beigetragen haben, kam es Mitte der Neunzigerjahre, als die Organisation Suizidbeihilfe bei einem angesehenen Basler Ehepaar leistete, dessen Name wegen der Verbindung mit einem großen Familienunternehmen weltweit bekannt war. Heikel an dieser Doppelsuizidbegleitung war zum einen, dass nur einer der Partner hoffnungslos körperlich krank war – und der andere lediglich alt und des Lebens müde; zum anderen, dass die Kinder des Paares öffentlich heftige Vorwürfe gegen die Organisation erhoben, weil sie in keiner Weise einbezogen worden waren.

Allerdings scheint die anschließende Medienthema dem Ansehen von Exit damals nicht geschadet zu haben. Eher bestand der Eindruck, dass sie die Idee des begleiteten Suizides als Lösungsmöglichkeit weiter verbreitet hat. In der Region Basel kam es im Anschluss an diesen Doppelsuizid zu mehreren weiteren Doppelsuiziden ohne Exit-Mitwirkung sowie zu einer Verdreifachung der Exit-Suizide gegenüber der Zeit vorher, die über die nächsten drei Jahre anhielt. Diese Entwicklungen waren für unsere Basler Arbeitsgruppe Suizidforschung Mitte der Neunzigerjahre Anlass, uns mit den Aktivitäten der Organisation zu befassen. Dabei mussten wir feststellen, dass Exit in den Jahren zuvor zwei unserer ehemaligen Patienten in den Tod begleitet hatte. Einer von ihnen hatte zuvor bei uns ein ärztliches Zeugnis zur Bestätigung seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingefordert, ohne dass wir nachgefragt hatten.

Der Basler Fall

Zum Schwur kam es anlässlich des sogenannten schlagzeilenträchtigen Basler Falls, in dem ein Exit-Freitodbegleiter in letzter Minute vom Amtsarzt daran gehindert werden konnte, einer körperlich gesunden dreißigjährigen depressiven Frau zum Suizid zu verhelfen. Diese »Suizidhilfe für Depressive« war damals auch innerhalb der Organisation umstritten. Im Zusammenhang damit wurde allerdings bekannt, dass Exit bereits früher in der ganzen Schweiz in Einzelfällen bei Menschen mit psychischen Störungen Sterbehilfe geleistet hatte. Der Fall liegt mittlerweile fünfzehn Jahre zurück. Soweit

mir bekannt ist, ist die damalige Suizidkandidatin am Leben.

Zur Suizidhilfe bei der dreißigjährigen Frau war eigens der Vizepräsident der Organisation angereist, ein ehemaliger Lehrstuhlinhaber für Präventivmedizin. In einer Medienkonferenz verteidigte dieser sich später, die Frau sei in Wirklichkeit nicht depressiv gewesen; sie habe mutmaßlich vielmehr an einer schizophrenen Psychose gelitten (!). Der Fall schlug auch wegen der Begleitumstände hohe Wellen. Dem geplanten Suizid war eine makabere Abschiedsfeier im Kreise von Angehörigen und Freunden vorausgegangen. Weil einer der Teilnehmer dieses Ritual nicht aushalten konnte, schaltete er den Amtsarzt ein, der die junge Frau in unsere Klinik einwies. Die Angehörigen bedrängten mich danach, die Patientin umgehend wieder zu entlassen, damit die Suizidbegleitung zu Ende geführt werden könne.

In einem Kommentar zu einer anschließenden Fernsehdiskussion hieß es in der kritischen Zeitschrift »Soziale Medizin«: »Dort stellte sich Freitodhelfer W.K. einer Diskussion. Befremdend war dabei das Gewicht, das er bei dem Entscheid für die Suizidhilfe auf die Meinung der Familie der Betroffenen legte. Mehrmals betonte er, im Fall der dreißigjährigen depressiven Frau hätten die Angehörigen den Entscheid für den Suizid mitgetragen. Damit stößt er aber die Tür zu einem psychischen Gruselkabinett auf. Angesichts der vielen bewussten und unbewussten Konflikte, die dabei auf die Entscheidung einwirken, wird jeder Hinweis auf den von Exit viel gepriesenen freien Willen ziemlich hohl. Zugegeben, die Diskussion rund um die aktive Sterbehilfe und um den ärztlich unterstützten Suizid ist schwierig. Man kann durchaus darüber reden, wie weit sich ein Mensch aus freiem Willen für den Tod entscheiden kann. Einfache Antworten darauf gibt es nicht, andere Meinungen sind selbstverständlich zu respektieren.« (Spöndlin 1999)

Erst in diesem Fall kam es zu staatsanwaltlichen Ermittlungen, nachdem die Behörden Todesermittlungsverfahren bei Exit-Suiziden bis dahin großzügig zu den Akten gelegt hatten. Wir konnten feststellen, dass von 43 Exit-Suiziden in der Region Basel, die wir damals untersucht haben, nur sieben obduziert worden waren, obwohl die zugrunde liegenden Krankheitsbilder in zahlreichen Fällen alles andere als eindeutig waren. Das mag sich zwischenzeitlich geändert haben. Auf die Rechtsprechung hat das keine Rück-

wirkungen gehabt, obwohl vor allem die Zürcher Staatsanwaltschaft immer wieder interveniert hat. Immerhin hatte der Medienwirbel, der sich anschloss, Folgen. Die Organisation berief eine Ethikkommission. Vor allem aber konnten wir in Verhandlungen mit dem Vorstand – ich war damals Präsident der schweizerischen Gesellschaft für Suizidprävention – ein mehrjähriges Moratorium für die Suizidbegleitung bei psychisch Kranken durchsetzen.

Das Bundesgericht: keine Diskriminierung psychisch Kranker

Dieses wurde nach einem Urteil des schweizerischen Bundesgerichts von 2006 nicht verlängert, das im Ausschluss der Suizidhilfe psychisch Kranker allein wegen einer psychiatrischen Erkrankung eine Diskriminierung sah. Vorausgegangen war die Beschwerde eines manisch depressiven Mannes, der sich mithilfe von Dignitas das Leben nehmen wollte. Aber wegen seiner Krankheit verweigerten die Ärzte die Ausstellung eines Rezepts für das tödliche Suizidmittel. Das Bundesgericht wies seine Forderung, die Behörden müssten ihm ermöglichen, unter diesen Umständen das Suizidmittel ohne ärztliche Bevormundung zu beziehen, zurück. Allerdings sei es, so das Bundesgericht, »im Rahmen der anerkannten medizinischen Grundregeln durchaus möglich, ein ärztliches Rezept für Natrium-Pentobarbital zu erhalten. Die Suizidhilfe werde heute zusehends als freiwillige ärztliche Aufgabe verstanden, die aufsichts- und standesrechtlich nicht ausgeschlossen erscheint«.

Bei psychisch kranken Menschen erweise sich diese Frage der Verschreibung für einen begleiteten Suizid zwar als besonders heikel. Nach neuen ethischen, rechtlichen und medizinischen Stellungnahmen sei jedoch selbst in solchen Fällen eine Verschreibung des Mittels nicht generell ausgeschlossen. Doch sei dabei äußerste Zurückhaltung geboten. Es gelte zu unterscheiden zwischen dem Sterbewunsch als Ausdruck einer psychischen Störung und dem selbstbestimmten, wohl erwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person. Diesen »Bilanzsuizid« gelte es gegebenenfalls zu respektieren. Die entsprechende Einschätzung setze notwendigerweise ein vertieftes psychiatrisches Fachgutachten voraus. Dieses erscheine nur sichergestellt, wenn an der ärztlichen Verschreibungspflicht festgehalten werde. Die Verantwortung dafür dürfe

nicht privaten Sterbehilfeorganisationen in die Hände gelegt werden. Deren Aktivitäten hätten mehrfach zu Kritik Anlass gegeben. So habe eine Basler Studie zu 43 Fällen von durch den Verein Exit assistierten Suiziden ergeben, dass gerade psychiatrische oder soziale Faktoren zu wenig berücksichtigt worden seien« (NZZ 2007; Urteile 2A. 48/2006 und 2A. 66/2006 vom 3. November 2006).

Die schweizerische Ärztesgesellschaft (FMH) positioniert sich

Als Reaktion auf dieses Urteil veröffentlichte die Schweizer Fachgesellschaft (FMH), für die das Urteil unerwartet kam, 2008 ein Positionspapier. Darin heißt es unter anderem: »Die Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende ist eine ärztliche Aufgabe. Die FMH schlägt vor, den medizinisch ethischen Richtlinien der Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften zu folgen.« Im Einzelnen:

Suizidbeihilfe

»Von Suizidbeihilfe spricht man in jenen Fällen, in welchen eine Person – unabhängig davon, ob sie von einer tödlichen Krankheit betroffen ist – aus persönlichen Gründen beschließt, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Artikel 115 StGB legt fest, wann die Suizidbeihilfe strafbar ist. Er definiert jedoch kein Recht auf Suizid. Dieses lässt sich allenfalls daraus ableiten. Jede Ärztin und jeder Arzt kann – wie alle Bürgerinnen und Bürger – frei entscheiden, ob sie/er auf eine Bitte um Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe eintreten will oder nicht. Es handelt sich dabei um eine freie Willensbekundung und nicht um den Bereich der ärztlichen Berufsausübung. Die ärztliche Kompetenz kann bei einer Anfrage um Suizidbeihilfe in zwei Fällen notwendig sein:

- Wenn in einem Zweifelsfall eine klinische Meinung zur Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person notwendig ist. Die Kompetenz zur Evaluation der Urteilsfähigkeit obliegt jeder Ärztin und jedem Arzt.
- Wenn es sich um die Verschreibung von tödlich wirkenden Medikamenten handelt.

Die FMH empfiehlt, dass in diesen Fällen nicht die gleiche Ärztin, der gleiche Arzt zuständig ist. Die FMH zieht daraus folgende Schlussfolgerungen:

- Die Suizidbeihilfe ist keine ärztliche Tätigkeit.
- Sterbehilfe ist eine Form der Patienten-

Betreuung in Situationen am Lebensende.

- Die ethischen Bedingungen zur Suizidbeihilfe sind in der Standesordnung der FMH sowie in den Publikationen der SAMW festgelegt. Die Förderung und Weiterentwicklung der Palliativmedizin bleibt für die FMH eine Priorität.
- Bei einer Anfrage um Suizidbeihilfe kann jede Ärztin und jeder Arzt im Rahmen der eigenen Willensfreiheit die berufliche Kompetenzen einsetzen, um die Urteilsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten zu beurteilen oder um ein letales Medikament zu verschreiben.
- Jedoch sollte nicht die gleiche Person die Urteilsfähigkeit beurteilen und das letale Medikament verschreiben.
- Die FMH setzt sich bereits seit einigen Jahrzehnten aktiv für die Suizidprävention ein und wird dies auch weiterhin tun.
- Die FMH schlägt vor, dass der Arzt bei Personen mit psychischen Krankheiten von Suizidbeihilfe Abstand nimmt.
- Die FMH ist davon überzeugt, dass die Diskussion um die Suizidbeihilfe die ganze Gesellschaft einbinden muss. Für ethische Spannungen, die diese Thematik aufwirft, darf sich die Ärzteschaft nicht instrumentalisieren lassen.«

Am Urteil des schweizerischen Bundesgerichts und in dem Positionspapier der schweizerischen Ärzte Gesellschaft sind mehrere Dinge bemerkenswert. Das Gericht stellt fest, die Suizidhilfe werde heute »zusehends als freiwillige ärztliche Tätigkeit verstanden«. Demgegenüber hält die FMH weiterhin daran fest, dass die Suizidhilfe keine ärztliche Aufgabe sei. Sie konzidiert allerdings dem einzelnen Arzt, solche Hilfe aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung zu leisten.

Im Hinblick auf die Suizidhilfe bei psychisch Kranken sind die Positionen bei beiden Institutionen zurückhaltend. Für beide ist die Selbstbestimmungsfähigkeit eine unabdingbare Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe. Für beide ist dafür eine kompetente Beurteilung notwendig. Dabei fordert die Ärztesgesellschaft, dass die Feststellung der Urteilsfähigkeit und die Verschreibung des Suizidmittels nicht durch den gleichen Arzt erfolgen sollten. Besonders bemerkenswert ist allerdings die Schlussfolgerung der FMH. Sie schlägt vor, »dass der Arzt bei Personen mit psychischen Krankheiten von der Suizidhilfe Abstand nimmt«. Sie verzichtet damit bewusst darauf, einen Weg aus dem ethischen Dilemma zu suchen und zu fin-

den. Für die Schweiz bedeutet das allerdings, dass sie in solchen Fällen die Suizidhilfe an eine der entsprechenden Organisationen – für Inländer Exit – delegiert. Die Empfehlung ist nachvollziehbar. Sie ist dennoch problematisch.

Über die Entwicklung der Suizidhilfe bei psychisch Kranken nach dem Bundesgerichtsurteil liegen keine Zahlen vor, zumindest keine öffentlichen. Es spricht einiges dafür, dass eine solche eher selten in Anspruch genommen wird.

Anders als in Deutschland ist die Suizidhilfe in der Schweiz strafbar, wenn sie aus eigennützigen Motiven erfolgt. Die einzige Verurteilung erfolgte in den Jahren 2007 und 2009 durch das Basler Strafgericht. In diesem Verfahren ging es um Suizidhilfe bei zwei psychisch Kranken, deren Selbstbestimmungsfähigkeit umstritten war. Angeklagt war ein Zürcher Psychiater. Er wurde zu vier Jahren Haft verurteilt, vor Strafantritt allerdings durch den Basler Großen Rat mit großer Stimmenmehrheit begnadigt.

Und nun?

Ich habe die Entwicklung in der Schweiz als Kliniker und als Suizidforscher von 1987–2012 miterlebt und streckenweise mit vollzogen. Ich habe auch begriffen, dass das Bundesgericht mit seinem Urteil keine andere Wahl hatte. Man kann sich nicht für Selbstbestimmung und Inklusion einsetzen und dieses Selbstbestimmungsrecht als Psychiater ausgerechnet psychisch kranken Menschen verweigern. Das mag widersinnig erscheinen. Aber es ist so. Wir haben uns damit abzufinden. Das kann uns nicht in unserem Bemühen um Suizidprävention irremachen. Aber wir werden uns jenen unserer Kranken stellen müssen, die ihr Leiden nicht mehr aushalten und entschlossen sind, ihrem Leben ein Ende zu machen. In der Auseinandersetzung mit ihnen wird es uns gelingen, im Ringen mit ihnen doch noch einen Ausweg zu finden – aber nicht bei allen. Wenn ich gefragt werde, wie ich persönlich damit umgehen würde, kann ich nur antworten, ich weiß es nicht. Als Psychiater und Psychotherapeut widerstrebt es mir zutiefst, mir auch nur vorzustellen, einem meiner Patienten beim Suizid zu helfen. Diese Haltung ist inkonsequent. Das ist mir bewusst. Aber so ist es eben. Es gibt Kranke, deren Leiden so andauernd und im Verlauf so hoffnungslos ist, dass ich ihre Entschlossenheit zum Suizid verstehen kann.

Aber damit bin ich nicht am Ende. Ich ziehe mich auf die Position der FMH zurück, deren Mitglied ich zwei Jahrzehnte lang war: Sie schlägt vor, dass der Arzt von der Suizidhilfe bei psychisch Kranken Abstand nimmt.

Assistierter Suizid – Literatur

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SUISSES (FMH): Suizidbeihilfe ist nicht gleich Sterbehilfe. Positionspapier der FMH. Bern 2008

FINZEN, ASMUS: Das Sterben der anderen. Sterbehilfe in der Diskussion. Bonn: Psychiatrie Verlag 2009. Im Vertrieb vom Mabuse Verlag.

FINZEN, ASMUS: Die Anmaßung einer neuen Euthanasie: Gewalt gegen psychisch Kranke. Die Diskussion um aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden, den Vereinigten Staaten und der Schweiz. FAZ Feuilleton, S. 10, 13. März 2000

Finzen, Asmus: Hilfe beim Sterben: ein Gebot der Menschlichkeit. Dr. med. Mabuse, 185, S. 24–28, 2010

FINZEN, ASMUS: Liberal in der Schweiz, restriktiv in Deutschland? Recht und Rechtspraxis zur Suizidhilfe. Soziale Medizin 1, 58–61, 2010

FINZEN, ASMUS: Sterbehilfe verbieten? Unser verkürzter Umgang mit Suizidhilfe und -begleitung. Dr. med. Mabuse, 210, S. 22–25, 2014

FINZEN, ASMUS: Suizidhilfe – was ist das? (Manuskript vom 8.9.2014; unveröffentlicht)

FINZEN, ASMUS: Suizidhilfe und Suizidbegleitung – auch durch Ärzte? Suizidprophylaxe 41, 2014 (im Druck)

FINZEN, ASMUS: Suizidhilfe. Was wollen wir regeln, was verbieten und was dulden? Und was sind die mutmaßlichen Folgen? (Manuskript vom 8.9.2014; unveröffentlicht)

FINZEN, ASMUS: Suizidhilfe: Die Oregon Lösung. Soziale Medizin 1, S. 62–63, 2010

FINZEN, ASMUS; SCHENKER, TANJA; FREI, ANDREAS; HOFFMANN-RICHTER, ULRIKE: Beihilfe zum Suizid und Sterbehilfe bei körperlich und psychisch

Kranken. Eine internationale Perspektive. Konsequenzen für die Suizidprophylaxe. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 29, S. 58–65, 2000*

FREI, ANDREAS; SCHENKER, TANJA; FINZEN, ASMUS; HOFFMANN-RICHTER, ULRIKE: Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken. Nervenarzt 2001*

FREI, ANDREAS; FINZEN, ASMUS; KRÄUCHI, KURT; DITTMAN, VOLKER; HOFFMANN-RICHTER, ULRIKE: Assisted Suicide as conducted by a »Right-to-Die«-Society in Switzerland. Swiss Medical Weekly, 131, S. 375–380, 2001*

FREI, ANDREAS; HOFFMANN-RICHTER, ULRIKE; BULLINGER, ALEX; ASMUS FINZEN: Begleiteter Suizid. In: Asmus Finzen: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. 4. Auflage. S. 187–196. Stuttgart und Bonn: Thieme Verlag und Psychiatrie Verlag 1997*

FREI, ANDREAS; HOFFMANN-RICHTER, ULRIKE; BULLINGER, ALEX; FINZEN, ASMUS: Begleiteter Suizid nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik. Nervenarzt, 19, S. 903–906, 1997*

N24: Immer mehr deutsche befürworten Schweizer Modell. Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Umfrage. N24, 6.10.2014

NZZ: ärztliche Suizidhilfe auch für psychisch Kranke. Bundesgericht fällt Grundsatzurteil. Neue Zürcher Zeitung, 2.2.2007

SCHENKER, TANJA: Exit-Suizide in Basel. Eine deskriptive Analyse 43 konsekutiver Exit-Suizide in der Region Basel zwischen 1992 und 1997. Inauguraldissertation, Medizinische Fakultät Basel 1999 (Betret von AF u. a.)

SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN (SAMW): Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften. Bern 2012

SPÖNDLIN, RUDI: Suizidhilfe für Depressive. Soziale Medizin, 23, 14–15

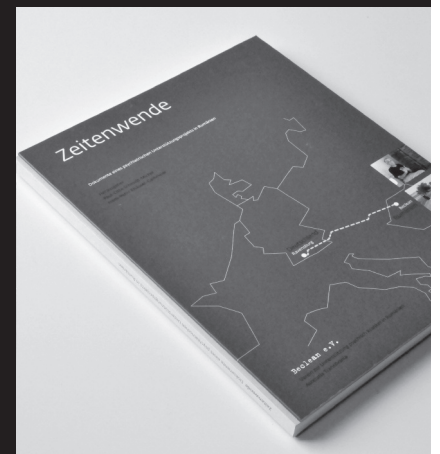
* Basler AK Suizidforschung

Der Autor

Prof. Dr. med. Asmus Finzen

asmus.finzen@t-online.de

Geschichte
und
Erfahrungsberichte
einer
deutschen
NGO
in der
rumänischen
Psychiatrie
(1990–2014)



Zeitenwende

Dokumente eines
psychiatrischen
Unterstützungsprojekts
in Rumänien

Herausgeber:
Paul-Otto Schmidt-Michel
Hans-Peter Elsässer-Gaißmaier
2014

Verlag Psychiatrie und
Geschichte, Zwiefalten
Zentrum für Psychiatrie
Südwestfalen
T 07373 10-3223
zwiefalten.bibliothek@zfp-zentrum.de

ISBN 978-3-931200-21-3