

# STERBE

ANDREAS REIF, PSYCHIATER

## „Der Arzt ist ein Garant fürs Leben“

**Herr Reif, welche Erfahrung haben Sie mit assistiertem Suizid?**

Es kommt vor, dass auch im psychiatrischen Kontext Patienten darum bitten, dass ihnen der Suizid ermöglicht wird oder dass sie gar umgebracht werden wollen. Das ist mit ausreichend Fachwissen aber relativ schnell als Symptom der psychischen Erkrankung einzuschätzen. Immer mal wieder sehe ich beispielsweise Patienten vor allem mit einer Depression, die sich im Vorfeld der psychiatrischen Behandlung über assistierten Suizid informiert haben oder Mitglied in einem der Sterbehilfevereine geworden sind. Für jemanden mit Fachwissen ist eigentlich klar, dass der Suizidwunsch hier durch die psychische Erkrankung verursacht wurde; ohne fachärztliche Beurteilung scheint das aber nicht aufgefallen zu sein.

**Sie befürchten, dass psychisch Kranke, die in einer besonders schweren Phase ihrer Erkrankung zu keinem autonom gebildeten, freien Willen fähig sind, durch den liberaleren Entwurf nicht ausreichend geschützt sind. Was kritisieren Sie konkret?**

Zwei Dinge. Zum einen, dass es nur eine einzige Untersuchung der freien Willensbildung gibt und dass somit die Dauerhaftigkeit des Entschlusses nicht ausreichend geprüft wird. Gerade im Kontext psychischer Erkrankungen fluktuieren die Suizidgedanken manchmal ganz erheblich. Vor allem aber kritisiere ich, dass keinerlei Qualifikation für die Überprüfung der freien Willensbildung gefordert wird. Diese Überprüfung ist aber alles andere als trivial; hierfür braucht es Fachwissen und Erfahrung. Es ist doch absurd, dass es spezielle Qualifikation braucht, um zu überprüfen, ob jemand nach Führerscheinentzug wieder Auto fahren darf, aber die Prüfung der freien Willensbildung soll jeder machen können dürfen, ob er Erfahrung mit psychischen Erkrankungen hat oder nicht. Dies birgt ein hohes und gefährliches Risiko, dass eine psychische Erkrankung übersehen wird, die zum Suizidwunsch führt – die aber gleichzeitig gut behandelbar ist.

**Sind psychisch Kranke keinesfalls zu einem freien Willen fähig?**

Doch. Die psychische Erkrankung an sich ist nicht per se mit der Aufhebung des freien Willens einhergehend. Man muss schon den Kausalzusammenhang treffen: Ist der Patient aufgrund der psychischen Erkrankung tatsächlich nicht mehr zu einer freien Willensbildung hinsichtlich der Suizidalität in der Lage? Genau diese Feinheiten kann man aber eben nur dann auch erkennen, wenn man tatsächlich Erfahrung in diesem Feld hat. Um ein plastisches Beispiel zu geben: Ein Patient mit einer Panikstörung, der gleichzeitig an einer schweren, unheilbaren Krebserkrankung mit

Schmerzen leidet, ist natürlich durch die Panikstörung überhaupt nicht in der freien Willensbildung hinsichtlich des Suizids eingeschränkt. Psychische Erkrankungen gibt es in ganz vielen unterschiedlichen Ausprägungsformen, und nur vom einen automatisch auf das andere zu schließen ist nicht statthaft.

**In beiden Entwürfen wird die „ergebnisoffene Beratung“ gefordert. Ist das aus Ihrer Sicht richtig?**

Es ist eher eine ethisch-juristische Fragestellung als eine medizinische, wie man das ausgestalten sollte. Meine persönliche Meinung lautet aber: Ich finde es nicht richtig. Ich denke, dass man in der Beratung einen gewissen Anstoß zum Leben hin bieten und Argumente liefern sollte, wie man das Leben vielleicht wieder besser gestalten kann, damit die Suizidalität vorbeigeht. Ich denke, für den Patienten spielt es eine wichtige Rolle, dass gerade der behandelnde Arzt ein unverrücklicher Garant fürs Leben ist. Die Beratungsstellen nehmen aber eine andere Rolle ein, da sie neutral und außerhalb des medizinischen Systems angegliedert sein sollen.

**Haben Sie Sorge, dass sich durch eine liberale Sterbehilferegelung das Verhältnis der Gesellschaft zum Lebensende in Richtung Pragmatismus verändern könnte?**

Ich sehe dieses Risiko schon. Durch den assistierten Suizid verschiebt sich das Framing. Suizid wird als immer gangbarer Weg am Lebensende dargestellt. Generell rückt man das Phänomen Suizidalität viel stärker in den Bereich des Normalen, eben auch im Kontext von psychischen Erkrankungen.

**Befürchten Sie ein Zurückfahren von palliativen Angeboten, wenn sich der assistierte Suizid etabliert?**

Ich weiß nicht, ob die Angebote zurückgefahren werden, aber die Gewichtung der Handlungsoptionen verschiebt sich. Wenn sich die Option Suizidhilfe plötzlich als gewichtig aufzut, können die Optionen von guter Schmerztherapie und würdigem Altern in den Hintergrund treten. Indirekt hat das zur Folge, dass diese im Prinzip auf ein gutes Leben abzielenden Angebote vielleicht nicht nur weniger nachgefragt, sondern auch seltener vorhanden sind, weil sie natürlich auch mehr Geld kosten und mehr Engagement der Gesellschaft erfordern.

**Trotzdem führt die mehrheitlich skeptische Haltung der Ärzteschaft mit dazu, dass sich Menschen an Sterbehilfeorganisationen wenden. Was denken Sie über die?**

Aktuell und dann, wenn ein Gesetz keine wirklich ernsthafte Prüfung des freien Willens vorsieht, sehe ich diese Organisationen sehr skeptisch, weil sie die Betroffenen ja regelrecht gegen das Leben beraten. Wenn eine gesetzliche Regelung eine richterliche Kontrolle im Einzelfall vorsieht, könnte diese Gefahr deutlich gemindert werden. Ich glaube, aus dem Leben zu scheiden ist die vielleicht intimste Tat eines Menschen. Dass man sich dabei in die Hände einer anonymen Organisation begeben muss, die ihr Geld damit verdient, anderen dabei zu helfen, sich umzubringen – mich gruselt es bei dieser Vorstellung.

**Wenn Sie Bundestagsabgeordneter wären: Für welchen Entwurf würden Sie sich entscheiden?**

Für den Castellucci-Entwurf. Ich glaube, das ist ein guter Kompromiss zwischen der Wahrung der Autonomie und dem Zugang zu assistiertem Suizid, wo er denn benötigt wird, aber auch der Wahrung der Schutzbedürfnisse von vulnerablen Gruppen. Der andere Entwurf bringt deutlich mehr Risiken mit sich, vor allem für psychisch erkrankte Menschen, bei denen Suizidalität Symptom der Erkrankung sein kann – aber nicht entscheidend mehr Freiheiten.

Wie wird die Suizidhilfe künftig geregelt? Nächste Woche hat der Bundestag die Wahl zwischen einem liberaleren und einem restriktiveren Entwurf.

*Eva Schläfer* hat zwei Ärzte gefragt, für welchen sie stimmen würden.

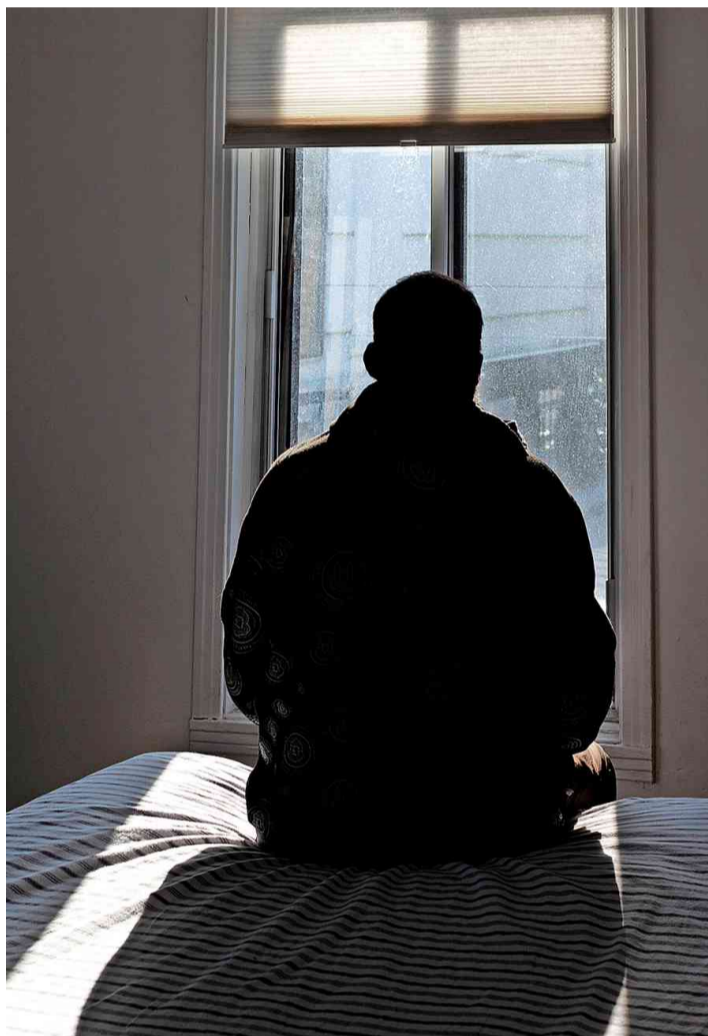


Foto: Stockley

### ■ DIE BEIDEN GESETZENTWÜRFE

Am 6. Juli stimmt der Bundestag über die künftige Regelung zum assistierten Suizid ab.

2020 hatte das Bundesverfassungsgericht den Paragraphen 217 StGB, der die Suizidhilfe nur in Ausnahmefällen erlaubte, für verfassungswidrig erklärt und betont, dass das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben auch das auf ein selbstbestimmtes Lebensende einschließt, für das Sterbewilligen Unterstützung angeboten werden muss.

Nun stehen zwei Entwürfe zur Abstimmung über Fraktionsgrenzen bereit. Der liberalere, von Katrin Helling-Plahr (FDP) und Renate Künast (Grüne), sieht vor, dass zwischen der Beratung in einer Beratungsstelle und dem Verschreiben eines tödlichen Medikaments durch einen Arzt maximal zwölf und mindestens

drei Wochen liegen müssen. Sterbehilfeorganisationen werden akzeptiert.

Der restriktivere Entwurf, von Lars Castellucci (SPD), behandelt den assistierten Suizid erneut strafrechtlich, um die geschäftsmäßige Tätigkeit durch Sterbehilfeorganisationen einzuschränken. Erlaubt ist er nur unter der Bedingung, dass zwei Gutachten durch Psychiater oder Psychotherapeuten eingeholt werden sowie ein diesen Terminen zwischen gelagertes Beratungsgespräch stattfindet. Sonderregelungen für Härtefälle sehen beide Entwürfe vor.

efer.

### DER LANDARZT

Die Kolumne von Dr. Thomas Afimann lesen Sie hier in 14 Tagen wieder.

WOLFGANG OBLINGER, INTERNIST

## „Das hat vor allem mit Freiheit zu tun“

**Herr Oblinger, welche Erfahrung haben Sie mit assistiertem Suizid?**

Seit Juni 2020 habe ich über 90 Freitodbegleitungen gemacht. An erster Stelle handelt es sich um krebserkrankte Patienten im fortgeschrittenen Stadium oder Endstadium der Krankheit, denen das Leben wegen Schmerzen, wegen Atemnot und aus anderen Gründen so unerträglich geworden ist, dass sie es beenden wollen. Die zweithäufigste Gruppe sind neurologische Krankheiten, für die oft keine Therapiemöglichkeit existiert, ALS zum Beispiel – eine aufsteigende Lähmung, die dazu führt, dass die Patienten bei völlig klarem Verstand langsam ersticken. Eine weitere Gruppe sind alte Leute, die lebensatt oder multimorbid sind, gelegentlich auch lang verheiratete Ehepaare.

**Waren Sie schon einmal mit dem Suizidwunsch eines psychisch Erkrankten konfrontiert?**

Psychisch Erkrankte werden meistens schon im Vorfeld von den Sterbehilfeorganisationen an einen Psychiater zum Gutachten verwiesen, die bekomme ich nicht vorgestellt. Bei den Krebspatienten kommt es durchaus vor, dass sie gerne noch länger gelebt hätten, die Krankheit ihnen aber keine Chance lässt. Sie sind gelegentlich deprimiert – nicht depressiv. Psychiater behaupten immer, die Suizidwilligen seien alle bloß depressiv und müssten nur behandelt werden, dann wollten sie nicht mehr sterben. Ich meine, dass wir sehr unterschiedliche Patienten haben. Meine Patienten sind Charaktere, die sich im Leben immer auf die Hinterfüße gestellt und gesagt haben, ich entscheide für mich, ich weiß, was für mich gut ist, ich übernehme die Verantwortung für mein Handeln. Diese Menschen sind in ihrem Leben nie mit der Psychiatrie in Berührung gekommen. Dass man bei den psychisch Kranken versucht, ihre Krankheit zu therapieren, erscheint ja sinnvoll. Aber das ist eine andere Kohorte. Meine Patienten sind selbstbestimmt und entschieden.

**Warum begleiten Sie Menschen an ihrem Lebensende?**

Das hat vor allem mit Freiheit, Selbstbestimmung und mit Würde zu tun – Begriffe, die zwar immer wieder genannt werden, in der politischen Realität aber meist keine ernsthafte Rolle spielen.

**In beiden Entwürfen wird die „ergebnisoffene Beratung“ gefordert. Ist das aus Ihrer Sicht richtig?**

Meines Erachtens nicht. Bei allen Freitodbegleitungen, die ich gemacht habe, finden Vorgespräche statt, in denen Motivation und Alternativen zur Sprache kommen. Die Leute, die ich begleitet habe, haben sich das alles sehr lange und gründlich überlegt. Da muss ich nur noch fragen, warum sie nicht ein Hospiz oder Palliativversorgung in Anspruch nehmen wollen. Wieso soll sich jemand, der sich schon alles gründlich überlegt hat, noch einmal rechtfertigen müssen, sein Innenleben ausbreiten? Beim Castellucci-Entwurf muss er sogar zweimal zum Psychiater. Das ist – gewollt und abschreckend – erniedrigend!

**Dieser Entwurf sieht vor, dass die Betreiber von Alters- und Pflegeheimen die Suizidhilfe in ihren Einrichtungen verbieten können. Welche Alternativen hätten solche Sterbewillige?**

Für alte, pflegebedürftige Leute wäre der begleitete Suizid dann nicht mehr umsetzbar. Wie sollen sie die psychiatrischen Gutachten überhaupt bekommen? Sie müssten zwei Psychiater finden, die ins Pflegeheim fahren. Das ist sehr teuer, und zum anderen finden sie diese Psychiater gar nicht. Hier in Deutschland gibt es vereinzelt Heime, die Suizid erlauben, ich selbst kenne zwei Heime, die offen damit umgehen. Aber alle christlichen Heime sperren



Dr. Wolfgang Oblinger ist Facharzt für Innere Medizin. Seit drei Jahren führt er assistierte Suizide in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben und mit Dignitas durch. Foto privat

sich. So viel zum Thema Nächstenliebe und Toleranz.

**Sie sind auch Palliativmediziner. Kollegen von Ihnen berichten, dass viele Menschen, die einen Sterbewunsch geäußert haben, ihr Leben weiterführen wollen, wenn ihnen die Schmerzen genommen sind.**

Die Palliativversorgung muss sicher ausgebaut werden, keine Frage. Aber sie ist nicht immer die beste, alleinige Lösung. Wenn ich auf die Liste meiner Krebspatienten schaue, befand sich die Hälfte in der Palliativversorgung. Bei einem Teil der Krebspatienten mit starken Schmerzen kriegt man diese nur sehr schwer in den Griff. Ein Mann mit Harnblasenkrebs sagte, er könne höhere Dosen seines Opiats nehmen, aber er sei dann so benebelt, dass er gar nichts anderes mehr machen könne: nicht fernsehen, nicht seine geliebten Sudokus, nichts. Das war für ihn nicht die sinngebende Lebensqualität, die er sich von der Palliativmedizin erhoffte.

**Haben Sie Sorge, dass sich durch eine liberale Sterbehilferegelung das Verhältnis der Gesellschaft zum Lebensende in Richtung Pragmatismus verändern könnte?**

Nein, ich erlebe das nicht. Das Argument, dass Menschen in den Tod gedrängt werden könnten, um Kosten zu sparen, ist vorgeschoben, um die Suizidhilfe einzuschränken. Alle assistierten Suizide werden auch von der Kripo und einem Staatsanwalt kontrolliert.

**Sie arbeiten mit Sterbehilfeorganisationen zusammen. Können Sie die Kritik an ihnen nachvollziehen?**

Keiner der Kritiker hat sich dazu bequemt, an einer Sterbebegleitung mit einer Organisation teilzunehmen, um den Ablauf kennenzulernen. Die ganze Vorauswahl von suizidwilligen Patienten läuft meiner Erkenntnis nach gut und juristisch korrekt. Fragwürdige Fälle müssen ein psychiatrisches Gutachten zur Freiverantwortlichkeit einreichen. DGHS und Dignitas nehmen zudem Rücksicht auf die finanziellen Möglichkeiten der Patienten.

**Wenn Sie Bundestagsabgeordneter wären: Für welchen Entwurf würden Sie sich entscheiden?**

Der liberalere Entwurf von Helling-Plahr und Künast hat zwar auch seine Schwächen, kommt der Selbstverantwortlichkeit des Menschen aber wesentlich näher. Der restriktivere Entwurf verunmöglicht praktisch den assistierten Suizid, da müssen Patienten Schmerzen, Alter und Leid weiter bis zum Lebensende aushalten.

# HILFE



Prof. Andreas Reif ist Facharzt für Psychiatrie und Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Frankfurt. Foto privat