

Der Arzt darf zwar den Suizid eines Patienten vorbereiten, aber den letzten Akt muss der Patient selbst durchführen.

Handreichung

Umgang mit nachhaltigen Suizidwünschen bei schwerer Krankheit

Matthias Thöns, Wolfgang Putz, Matthias Dose, Michael A. Überall, Jörg Cuno, Roland Wefelscheid, Dietmar Beck, Benedikt Matenaer und Eric Hilgendorf

Mit der Rücknahme des § 217 StGB, einer Verfassungsgerichtsentscheidung vom 10. Dezember 2020, sowie dem Entfall des berufsrechtlichen Verbotes der Suizidassistenz mit Beschluss des 124. Ärztetages im Mai 2021 fallen die letzten Verbote der Suizidassistenz bei freiem Willen. Deshalb stellen wir hier Sorgfaltskriterien für eine ärztliche Suizidassistenz zu nachhaltigen Sterbewünschen bei schwerer Krankheit zur Diskussion.

Am 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht § 217 StGB, der jegliche qualifizierte und potenziell auf Wiederholung angelegte Beihilfe für freiverantwortliche Suizidenten unter Strafe gestellt hatte, für verfassungswidrig und nichtig erklärt. Damit gilt wieder die Rechtslage, die seit 1871 bestand: Es gab immer und gibt somit weiterhin einen wirksamen Rechtsschutz bei fehlendem freien Willen für Schwa-

che, Kranke oder Depressive. Denn wenn einem Suizidwilligen Hilfe leistet, der nicht wohlwogen, nicht frei von krankhafter Störung oder nicht frei von Zwang von außen ist, ist rechtlich wegen fahrlässiger Tötung (§ 230 StGB), als Totschläger (§ 212 StGB) oder Mörder (§ 211 StGB) zu hohen Freiheitsstrafen zu verurteilen. So drohen dem bei der Selbsttötung helfenden Arzt erhebliche Strafen, wenn er die Kriterien der Frei-

verantwortlichkeit des Suizidenten nicht sorgfältig prüft und positiv feststellt.

Mit einer weiteren wenig beachteten Verfassungsgerichtsentscheidung vom 10. Dezember 2020 (**Kasten**) sowie dem Entfall des berufsrechtlichen Verbotes der Suizidassistenz mit Beschluss des 124. Ärztetages im Mai 2021 fallen die letzten Verbote der Suizidassistenz bei freiem Willen. Einig sind wir mit Bundesärztekammerpräsident Klaus Reinhard, dass ärztliche Suizidhilfe keine Berufspflicht sein kann aber auch, dass „Ärztinnen und Ärzte künftig frei und allein auf Basis ihres Gewissens entscheiden können, ob sie Suizidwillige beim Sterben unterstützen.“

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat eine Reichweitenbeschränkung – also auf schwere Krankheit oder das Lebensende – für eine Suizidassis-

tenz nicht gefordert, gleichwohl diverse Kriterien auch für den Lebensschutz definiert. Hier sehen wir insbesondere bei Sterbewünschen körperlich gesunder Menschen den Gesetzgeber für die Definition von Sorgfaltskriterien gefordert. Bei schwerer Krankheit dagegen, insbesondere am Lebensende, würde jedes sehr einschränkende Kriterium rasch zu einem Totalverbot für den konkreten Patienten führen und wäre mithin für diese Gruppe verfassungswidrig.

Niemand kann ernsthaft bestreiten, dass Ärzte die zuständige Berufsgruppe für kranke, sterbewillige Menschen sind. In jeder westlichen Gesellschaft stehen sie für alle Sorgen von ernsthaft erkrankten Menschen, wozu immer wieder auch Suizidwünsche gehören, für die Behandlung bereit. Die Verschiebung der Zuständigkeit für Suizidwünsche auf eine andere Berufsgruppe, würde die am schwersten betroffene Patientengruppe aus dem so wichtigen ärztlichen Vertrauensverhältnis in eine Parallelstruktur drängen. Ärzte sind ausgebildet für die Alternativaufklärung, erkennen potenziell behandelbare Depressionen oder schlecht kontrollierte Symptome im Sinne auch einer lebensunterstützenden Behandlung und Beratung.

Daher möchten wir diese Sorgfaltskriterien für eine ärztliche Suizidassistentz zu nachhaltigen Sterbewünschen bei schwerer Krankheit zur Diskussion zu stellen.

Prüfung der Freiverantwortlichkeit von Suizidwünschen

Grundsätzlich gilt in unserer Rechtsordnung ein Mensch als selbstbestimmungsfähig bis zum Beweis des Gegenteils! Hinweisend für fehlende Freiverantwortlichkeit können sein:

- Symptome psychiatrischer Erkrankungen (z. B. Desorientierungen, Verlust des Kurzzeitgedächtnisses),
- mangelnde Dauerhaftigkeit (z. B. wechselnde Wünsche, zwischenzeitliche Lebensfreude),
- mangelnde Informiertheit (z. B. keine ausreichende Information über leidenslindernde Möglichkeiten) oder
- Zeichen für Druck von außen (z. B. Überforderungssituation der Familie als wesentliche Triebfeder).

Die von einigen Psychiatern vertretene Extremposition, jeder Suizidwunsch sei

Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung, darf heute als obsolet angesehen werden [1, 2, 3].

A) Beeinflussung durch eine psychische Störung

Der Arzt sollte anhand des folgenden beispielhaften Untersuchungsganges feststellen, dass die Entscheidungsbildung des Patienten „frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung“ ist [4].

Anamneseerhebung:

Gibt es in der (Familien-)anamnese Hinweise auf psychiatrische Erkrankungen/ Behandlungen?

Befunderhebung:

- Gibt es im Untersuchungsgespräch Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen (z. B. mangelnde Orientierung zu Person, Zeit, Ort oder Situation; Lücken bei der Schilderung der Anamnese, widersprüchliche und/oder inkohärente Angaben)?
- Gibt es Hinweise auf formale (ungeordnetes, wirres Denken; Abreißen von Gedanken; Sprunghaftigkeit im Denken; „Danebenreden“) oder inhaltliche Denkstörungen (überwertige Ideen, wahnhaftes Denken oder systematisierte Wahnvorstellungen)?
- Gibt es Hinweise auf die freie Willensbildung ausschließende depressive Stimmungen?
- Gibt es Hinweise auf Störungen der Psychomotorik, die mit einer psychischen Störung im Zusammenhang stehen könnten (z. B. körperliche Unruhe; Rastlosigkeit)?
- Sollten sich bei den vorgeschlagenen Untersuchungen Hinweise auf das Vorliegen einer die Freiverantwortlichkeit ausschließenden psychischen Störung ergeben, sollte zur Untersuchung an eine/n Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie überwiesen werden. Hierzu zählen beispielhaft: schwerste depressive Phase, Manien, schwere mnestiche Störungen, schwere Suchterkrankungen.

Dies alles sind für Ärzte, die Menschen am Lebensende bei schwerer Krankheit begleiten, vertraute Fragestellungen: Patienten, die sterben wollen durch das Beenden einer Dialyse, Ernährung oder Beatmung, müssen ebenso freiverant-

wortlich entschieden haben, damit ihre Behandlungsverbote für den Arzt verbindlich sind.

B) Aufklärung, Beratung, Alternativaufklärung

Ideale Voraussetzung jeder freiverantwortlichen Entscheidung ist die frühzeitige und vollständige Aufklärung über die medizinische Situation sowie die offene, aber einfühlsame Kommunikation über die Möglichkeiten und Grenzen kurativer und palliativer Behandlungen. Eine mangelnde Informiertheit kann Grund für unzureichende Freiverantwortlichkeit sein [5]. Mindestinhalte solcher Beratungsangebote sind etwa:

- Beratung zu den Möglichkeiten leidenslindernder Medizin, fast immer eine ausreichende Leidenslinderung zu erzielen (z. B. palliative Sedierung),
- Möglichkeiten des Behandlungsabbruchs,
- Hinweis auf die Möglichkeit des Scheiterns einer Selbsttötung und der dann zu ergreifenden Maßnahmen,
- Folgen eines Suizids (Polizei muss gerufen werden, Lebensversicherungen könnten Leistungen verweigern).

Dem Patienten muss die Beratung angeboten werden, er darf sie ablehnen.

Stets ist der Patient zu motivieren, mit seinen Zugehörigen über seinen Suizidwunsch zu sprechen.

C) Wartezeiten – Prüfung der Nachhaltigkeit

Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Suizidwunsches sind aus unserer Sicht dann gegeben, wenn ein Suizidwunsch mindestens schon einen Monat bestand und mindestens weitere 14 Tage fortbesteht. Dies gibt dem gegebenenfalls behandelnden Palliativteam auch die Möglichkeit, behandelbare Leiden zu lindern. Diese Fristen gelten als Anhaltspunkte für Schwerstkranke, von denen in begründeten Ausnahmefällen in beide Richtungen abzuweichen ist.

D) Psychosoziale Einflussnahmen/ Pressionen

Eine entsprechende Familien- und Sozialanamnese sollte aufmerksam für Hinweise auf beeinflussende Pressionen sein. Sie treten in der Praxis höchst selten auf.

Dokumentation der Prüfung

Das Vorliegen der Voraussetzungen A–D sollte von mindestens zwei entsprechend qualifizierten Ärzten bestätigt werden. Dabei soll ein Arzt mindestens eine der Qualifikationen vorweisen: Facharztqualifikation und Zusatzbezeichnung Palliativmedizin oder Psychosomatische Grundversorgung oder Gebietsbezeichnung aus Psychiatrie/ Neurologie.

Sorgfaltskriterien für eine fachgerechte Dokumentation:

1. Es muss dokumentiert sein, dass eine Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen wurde. Falls eine psychische Krankheit, eine Demenz oder ein anderer Zustand vorliegt, der häufig mit fehlender Urteilsfähigkeit verbunden ist, muss die Urteilsfähigkeit durch einen entsprechenden Facharzt evaluiert werden.
2. Es ist zu dokumentieren, dass der Wunsch wohlervogen und ohne äußeren Druck entstanden sowie dauerhaft ist und bereits in der Regel seit vier Wochen besteht.
3. Bei Hinweisen auf ein problematisches Abhängigkeitsverhältnis, muss dessen möglicher Einfluss auf den Suizidwunsch sorgfältig beurteilt werden.
4. Krankheitssymptome/Funktionseinschränkungen und Diagnosen als Ursache des unerträglichen Leidens.
5. Medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie andere Hilfs- und Unterstützungsangebote wurden gesucht und sind erfolglos geblieben oder wurden vom Patienten abgelehnt.
6. Der Wunsch des Patienten ist nachvollziehbar und es ist für den Arzt vertretbar, in diesem konkreten Fall Suizidhilfe zu leisten.

Der Arzt schuldet den Respekt vor der Wertewelt des Patienten. Er kann die Definition des „Wohls des Patienten“ durch den Patienten nach dessen Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz nicht einer entgegenstehenden Eigenbewertung unterziehen und somit als für den Arzt unverbindlich bewerten. Er kann in einem solchen Fall nur die Unterstützung des Patienten in die Hände anderer Kollegen geben.

Durchführung

Es gehört weder zu den ärztlichen Aufgaben, von sich aus Suizidhilfe anzubie-

ten, noch ist ein Arzt verpflichtet, diese zu leisten. Suizidhilfe ist keine „ärztliche Aufgabe“, also keine medizinische Handlung, auf die Patienten einen Anspruch erheben könnten, sie ist jedoch eine rechtlich zulässige Tätigkeit [6, 7].

Der letzte Akt der zum Tod führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst durchgeführt werden. Der Arzt darf lediglich vorbereitende Handlungen übernehmen und muss den Patienten fürsorglich begleiten. Die ehemals bestehende „Garantenstellung für die Lebensrettung“ besteht bei einem freiverantwortlichen Suizid nicht mehr (BGH 3.7.2019) [8]. Der Arzt darf also Suizidmittel verschreiben, Infusionen vorbereiten oder Venenzugänge anlegen. Der letzte Schritt: Die Einnahme des Medikamentes oder das Starten einer Infusion muss der Patient nachweislich selber vornehmen.

In der Schweiz wird deutlich überdosiertes Natriumpentobarbital eingesetzt: Dignitas überdosiert Natriumpentobarbital um den Faktor 7,5 (2 g tödlich, bis vor kurzem wurden 10 g zur Suizidhilfe verwendet, aktuell bereits Empfehlung von 15 g). Überdosiertes Natriumpentobarbital steht in Deutschland dafür aktuell nicht zur Verfügung. Es gibt hier keine publizierten Alternativregime, lediglich diverse „Expertenempfehlungen“. So bestehen für die praktische Anwendung zwischen Pentobarbital und dem in Deutschland verschreibungsfähigen Trapanal – beides ursprünglich Barbituratnarkotika zur Narkoseeinleitung – vermutlich keine nennenswerten Unterschiede außer dem erheblich breiteren Erfahrungsschatz mit Pentobarbital.

Die Rolle der Angehörigen

Angehörige sind vom Sterben des Patienten unmittelbar betroffen und mitunter stark belastet. Gleichzeitig können sie aufgrund ihrer Vertrautheit mit dem Patienten den Behandelnden wichtige Hinweise zur Situation des Patienten, seinen Voreinstellungen und mutmaßlichen Präferenzen geben. Auch übernehmen sie oft Aufgaben in der Betreuung und beeinflussen die Meinungen und Erwartungen des Patienten. Der gelungene Einbezug der Angehörigen in die Betreuung wirkt sich positiv auf deren Abschied und Trauerprozess aus.

Verfassungsgerichtsentscheid vom 10. Dezember 2020

„Infolge der Nichtigkeitsklärung des § 217 StGB liegt nicht mehr auf der Hand, dass eine aktive Suche nach verschreibungswilligen und -berechtigten Personen aussichtslos wäre. Unter strafrechtlichem Blickwinkel dürfte eine solche Leistung vielmehr angeboten werden. Nicht zuletzt an dem Umstand, dass das Verfahren, das zur Aufhebung dieser Strafnorm führte, auch von mehreren Ärzten betrieben wurde, zeigt sich, dass ein Kreis medizinisch kundiger Personen existiert, der zu entsprechenden Verschreibungen und anderen Unterstützungsmaßnahmen bereit und dazu – in strafrechtlicher und betäubungsmittelrechtlicher Hinsicht – nunmehr auch befugt wäre.“
(AZ 1BvR 1837/19)

Auf der anderen Seite können unzureichend eingebundene, schlecht aufgeklärte oder gar ausgegrenzte Angehörige zu einem komplizierten Trauerprozess und zu unkalkulierbaren Risiken führen. Folgen können strafrechtliche Ermittlungen, zivilrechtliche Anspruchsstellungen sowie eine beschuldigende Kommunikation in den Medien sein.

Auch nach der Suizidhilfe ist auf die Bedürfnisse der Angehörigen, aber auch des interprofessionellen Betreuungsteams Rücksicht zu nehmen und die benötigte Unterstützung zu geben.

Nach einer Selbsttötung ist der leichenschauende Arzt verpflichtet, die Polizei zu informieren. Es wird ein Todesermittlungsverfahren durchgeführt. Auch für die für Todesermittlungen zuständigen Dienststellen wäre es hilfreich, wenn es Sorgfaltskriterien gäbe. Dies würde Rechtsrisiken durch lokale Einzelfallentscheidungen mindern.

Literatur:

1. Wittwer H. The problem of the possible rationality of suicide and the ethics of physician-assisted suicide. *Int J Law Psychiatry.* 2013;36(5-6):419-26
2. Gather J, Vollmann J. Physician-assisted suicide of patients with dementia. A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy. *Int J Law Psychiatry.* 2013;36(5-6):444-53
3. Parker M. Defending the indefensible? Psychiatry, assisted suicide and human freedom.

- Int J Law Psychiatry. 2013;36(5-6):485-97
4. BVerfG Urteil vom 26.02.2020, Rn 241, 245
 5. BVerfG Urteil vom 26.02.2020, Rn 242, 246
 6. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizinethische Richtlinien: Umgang mit Sterben und Tod. 2. Aufl. 2019
 7. BVerfG v. 26.02.20 und v. 10.12.20
 8. Lorenz H. Einspruch exklusiv: Keine „Rettung“ wider Willen; <https://www.faz.net/aktuell/politik/bgh-zu-straefbarkeit-der-suizidassistentz-keine-rettung-wider-willen-16268725.html>, abgerufen am 31.05.2021

Dr. med. Matthias Thöns
Palliativnetz Witten e.V.
Wiesenstraße 14, 58452 Witten
E-Mail: thoens@sapv.de

Wolfgang Putz
Rechtsanwalt, Lehrbeauftragter an der
LMU München
Enzianstr. 19, 82194 Gröbenzell
E-Mail: wolfgangputz@web.de

Prof. Dr. med. Matthias Dose
Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie
kbo-Berater für Autismus-Spektrum-Störungen und Huntington-Krankheit
Vockestr. 76/II, 85540 Haar
E-Mail: matthias.dose@kbo.de

PD Dr. med. Michael A. Überall
Privates Institut für Neurowissenschaften,
Algesiologie und Pädiatrie
Nordostpark 51, 90411 Nürnberg
E-Mail: michael.ueberall@ifnap.de

Dr. med. Jörg Cuno
Chefarzt Palliativzentrum
DONAUISAR Klinikum Deggendorf
Perlasberger Str. 41, 94469 Deggendorf
E-Mail: jcuno@icloud.com

Roland Wefelscheid
Erster Kriminalhauptkommissar
Polizeipräsidium Bochum-KK11; Leiter
Mordkommission 2
Schillerstraße 15, 44791 Bochum
E-Mail: roland.wefelscheid@polizei.nrw.de

Dr. med. Dietmar Beck
Anästhesist, Palliativmedizin, Spezielle
Schmerztherapie
Ehemaliger leitender Arzt des Palliative
Care Team Stuttgart
Gunterstrasse 21, 70191 Stuttgart
E-Mail: dietmar-beck@online.de

Dr. med. Benedikt Matenaer
Facharzt für Anästhesie, Palliativmedizin,
Spezielle Schmerztherapie
MVZ für Innere Medizin Bocholt GmbH
Barloer Weg 127a, 46397 Bocholt
E-Mail: dr.b.matenaer@t-online.de

Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf
Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht,
Rechtstheorie, Informationsrecht und
Rechtinformatik
Domerschulstraße 16, 97070 Würzburg
E-Mail: hilgendorf@jura.uni-wuerzburg.de

Hier steht eine Anzeige.