



© iStock_LPETTET

Sterbebegleitung

Weiteres Thema

37 Interview
Patienten-
kommunikation

Interview-Partner gesucht!

Zur Erhebung von Einstellungen, Erfahrungen und Bedürfnissen zum assistierten Suizid werden in Deutschland praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte für Interviews gesucht. Es handelt sich um ein ca. 45-minütiges Gespräch per Zoom, Webex oder Telefon. Konkrete Erfahrungen mit dem assistierten Suizid sind nicht notwendig. Bei Interesse kontaktieren Sie gerne: luise.wagner@med.uni-jena.de

Assistierter Suizid

Hilfe zur Selbsttötung – (k)ein Thema für Allgemeinärzte?

Gespräche in akuten Lebenskrisen sind Herausforderungen in der hausärztlichen Sprechstunde. Tools, die diesen Gesprächen etwas Struktur bieten, können dabei hilfreich sein. Anhand eines Fallbeispiels zeigen wir, wie man in der Praxis vorgehen könnte.



Dr. med. Sandra
Blumenthal



Claudia Kahle



Luise Wagner

Der (nicht ungewöhnliche) Fall einer Patientin

Die 87-jährige Frau K. stellt sich regelmäßig mit chronischen Schmerzen bei bekannter Gonarthrose links in der Hausarztpraxis vor. Sie leidet zudem unter rezidivierenden Schmerzen im unteren LWS-Bereich sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Aufgrund eines Vorhofflimmerns erhält sie Marcumar®. Der INR-Wert liegt größtenteils im Zielbereich. Frau K. hat ein Parkinsonsyndrom und ist in neurologischer Behandlung. Seit drei Jahren lebt sie in P. Sie ist mit ihrem Mann aus einem kleinen Ort in Nordfriesland hierhergezogen, um näher bei ihrem Sohn zu sein. Kurz nach dem Umzug ist der Ehemann überraschend verstorben. Frau K. ist einsam – der Sohn verbringt weniger Zeit mit ihr, als sie erwartet hatte.

Heute stellt sie sich in der Praxis zur Kontrolle vor, nachdem sie am vergangenen Wochenende in ihrer Wohnung gestürzt war. Eine Platzwunde über dem linken Auge ist chirurgisch versorgt worden. Sie hat einige Prellmarken an der linken Schulter und Hüfte. Nach der Untersuchung beginnt Frau K. stockend: „Ich möchte so eigentlich nicht mehr weiterleben, ich habe keine Perspektive mehr. Alles erscheint mir sinnlos – es kann nur schlechter werden. Mein Mann ist tot, hier bin ich nicht zu Hause. Mein Parkinson wird immer schlimmer – bald bin ich ein Pflegefall. Wer soll

sich da kümmern? Ich bin zu alt, um aus dem Fenster zu springen. Können Sie mir nicht helfen? Ich mag einfach nicht mehr.“ Die Hausärztin wehrt ab: „Aber Frau K., so etwas dürfen wir doch nicht! Da käme ich hinter Schloss und Riegel!“

Hat die Hausärztin recht?

Nein. In Deutschland gibt es ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Wenn krankheitsbedingte Ursachen für den Suizidwunsch, zum Beispiel eine akute depressive Episode oder eine Psychose, ausgeschlossen werden können, dann ist die Selbsttötung als Ausdruck autonomer Selbstbestimmung ausdrücklich erlaubt. Das selbstbestimmte Sterben ist ein Persönlichkeitsrecht. Hierbei darf auch die Unterstützung Dritter in Anspruch genommen werden.

Bisher war die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland nur unter bestimmten Voraussetzungen straffrei. In einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 wurde § 217, der die geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung bisher verboten hat, in weiten Teilen für verfassungswidrig erklärt.¹ Die Begründung: Hierdurch würden sich die Unterstützungsmöglichkeiten so sehr einschränken, dass Sterbewillige ihren Wunsch nicht mehr umsetzen könnten.

Die Landesärztekammern sind in ihren Berufsordnungen unterschiedlich mit dem ärztlich assistierten Suizid umgegangen. Während einige Landesärztekammern die Beihilfe zur Selbsttötung ausdrücklich als nichtärztliche Aufgabe deklarierten, äußerten sich andere Kammern in der Berufsordnung nicht dazu und stellten es Ärztinnen und Ärzten damit indirekt in Ausnahmefällen frei. Es drohten in Deutschland also bisher vor allem berufsrechtliche Konsequenzen in einigen Bundesländern. Im Mai 2021 hat der Deutsche Ärztetag jedoch das Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe gestrichen.² Die Kammern passen ihre Berufsordnungen sukzessive an. Dem Bundestag liegen mehrere fraktionsübergreifende Gesetzesentwürfe dazu vor, welche voraussichtlich im Herbst dieses Jahres diskutiert werden.

Wonach fragt die Patientin?

Die Patientin bittet die Ärztin um Unterstützung bei der Selbsttötung. Die ärztliche Unterstützung bei der Selbsttötung wäre beispielsweise die Verschreibung eines potenziell tödlichen Medikaments, das die Patientin jedoch eigenständig einnimmt. Arzt oder Ärztin müssen dabei nicht zwingend anwesend sein. Der Verein Sterbehilfe Deutschland beispielsweise verschickt an die

TABELLE

Krisenintervention nach dem BELLA-Konzept⁴

B	Beziehung aufbauen	<ul style="list-style-type: none"> • den Betroffenen so nehmen, wie er ist • ihm anzeigen, dass ich mit ihm sprechen möchte • nicht argumentierend diskutieren • mir der eigenen Gefühle und ihrer Ursachen im Klaren werden • die eigenen Wertmaßstäbe hintanstellen • objektivierende Distanz vermeiden
E	Erfassen der Situation	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen stellen über: <ul style="list-style-type: none"> • Ereignisse, Folgen, betroffene Personen • Physisches (Schlaf, Ernährung, Schmerzen ...) • Psychisches (Gefühle, Selbstwert, Denkfähigkeit, Aktivität ...) • frühere ähnliche Ereignisse und Befindlichkeiten • Fähigkeiten und Möglichkeiten des Klienten erkunden (Hinweise auf Aktivität, Autonomie, Selbstwert, soziale Integration) • Gefahren für Leben, Gesundheit, Existenz des Klienten erkunden
L	Lindern von Symptomen	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome als Warnsignale des Körpers realisieren helfen • den Betroffenen ermutigen, Gefühle zuzulassen • Probleme klar definieren • Ängste bei der Realisierung von Lösungswegen bearbeiten • Stresszustände mit passenden Methoden abbauen
L	Leute einbeziehen, die unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung sozialer Ressourcen fördern
A	Ansatz zur Problembewältigung entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfestellung bei wichtigen Entscheidungen bieten • an bisherige Lösungsstrategien des Betroffenen anknüpfen • Problemdefinition sehr genau vornehmen und auf das Wesentliche fokussieren • erste Veränderungen entscheiden lassen und mit konkretem Handlungsplan versehen

Suizidenten nach einer einmaligen Begutachtung die tödliche Medikation.³

Von der Beihilfe zum Suizid, nach der Frau K. im Beispiel fragt, müssen unterschieden werden:

- indirekte Sterbehilfe: d. h. die Applikation einer leidensmindernden Medikation, die bei Sterbenden oder Todkranken potenziell einen früheren unbeabsichtigten Todeseintritt zur Folge haben kann.
- Behandlungsabbruch bzw. Therapiezieländerung: d. h. die Begrenzung oder Beendigung einer lebenserhaltenden Therapie aufgrund des tatsächlichen oder mutmaßlichen Willens der Patientin.
- Tötung auf Verlangen: die Fremdtötung eines Patienten/einer Patientin ist eine Straftat. Unter Tötung auf Verlangen fiele auch die Injektion potenziell tödlicher Medikamente bei Menschen, die eine solche Medikation beispielsweise aufgrund einer neurodegenerativen Erkrankung nicht mehr selbst schlucken könnten.

In Deutschland gibt es ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

▶▶▶ Online

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.allgemeinarzt.digital



Was braucht die Patientin?

Die Patientin offenbart ihrer Hausärztin den Wunsch, ihr Leben zu beenden. Als Motive für ihre Lebensmüdigkeit nennt sie die Einsamkeit, die neue Umgebung, in der sie nie angekommen ist, ihre chronischen Erkrankungen und die Angst vor Pflegebedürftigkeit. Als Hausärztinnen und Hausärzte betrachten wir nicht nur das vorgebrachte Anliegen der Patientin, sondern beschäftigen uns immer auch mit den nicht explizit formulierten Motiven und dem biopsychosozialen Kontext, in dem Patientinnen und Patienten ihre Wünsche formulieren. Bei dieser Patientin stehen neben dem Wunsch nach der Beendigung des Lebens vor allem ein Lebensüberdruß durch Einsamkeit und Perspektivlosigkeit sowie Angst vor Pflegebedürftigkeit und Autonomieverlust im Vordergrund. Letztlich bittet die Patientin um Hilfe – explizit bei der Selbsttötung, aber auch bei der Bewältigung ihrer Sorgen und Ängste.

Was ist die Aufgabe der Hausärztin?

Die Patientin offenbart sich ihrer Ärztin in einer akuten Krisensituation – das spricht für eine stabile und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Zuerst gilt es die Offenheit und das Vertrauen der Patientin wertzuschätzen und eine Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in der diese Gedanken Raum haben. Die Möglichkeit, über Suizidgedanken zu sprechen, ist der wichtigste Schritt, um einen Suizid zu verhindern. Im Folgenden wäre eine Eigengefährdung vor dem Hintergrund einer akuten behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung abzuklären. Der Wunsch nach Selbsttötung sollte hierfür graduiert werden. Bestehen:

- akute Suizidalität
- aktive (handlungsorientierte) Suizidgedanken
- passive Suizidgedanken
- oder lebensmüde Gedanken?

Bei akuter Eigengefährdung und schwer depressiver Episode müsste die unmittelbare Einweisung in eine psychiatrische Klinik erfolgen. Zur Abklärung der Depression bietet sich bei der geriatrischen Patientin die Geriatrische Depressionsskala (GDS) an. Frau K. ist laut GDS nur leicht depressiv – sie wünscht sich ein Lebensende aus sogenannten Bilanzgründen. Sie ist einsam, das Leben bietet ihr wenig Freude und Perspektiven. Sie ist in einer Lebenskrise. Das Spannungsfeld, in dem die hausärztliche Beratung stattfindet, bewegt sich zwischen Suizidprävention einerseits und ggf. der Beratung zu einem selbstbestimmten Sterben. Aufgabe der Hausärztin ist es, dem Gespräch über ihren Lebensüberdruß

Die hausärztliche Begleitung bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Suizidprävention und der Beratung zu einem selbstbestimmten Sterben.

Raum zu geben. Einige Sorgen kann ihr die Hausärztin möglicherweise nehmen – dazu gehören beispielsweise Fragen zum Umgang mit Pflegebedürftigkeit und Autonomieverlust. Sie könnten über die hausärztliche Begleitung bis zum Lebensende in allen Lebenssituationen sprechen. Bezüglich der Einsamkeit wäre der Aufenthalt in einer geriatrischen Tagesklinik oder die Empfehlung zu regionalen Seniorenkreisen ein Lösungsansatz. Möglicherweise bleibt der Wunsch nach Selbsttötung bei der Patientin jedoch bestehen. Mit der gesetzlichen Regulierung wird es in diesem Fall Beratungsstellen geben, an die die Patientin verwiesen werden kann. Hausärztinnen und Hausärzte sollten auf diese Fälle vorbereitet sein, die eigene Haltung zu dem Thema reflektieren und sich im konkreten Fall ggf. mit Kolleginnen und Kollegen darüber austauschen.

Gespräche in akuten Lebenskrisen sind Herausforderungen in der hausärztlichen Sprechstunde. Hilfreich können hier Tools sein, die diesen Gesprächen etwas Struktur bieten. Im Wiener Krisendienst wurde das sogenannte BELLA-Konzept entwickelt (Tab.), das sich auch in der hausärztlichen Sprechstunde anwenden lässt.⁴ Mit solchen Methoden lassen sich Patienten im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung in Lebenskrisen begleiten.

Überdacht werden kann bei der Patientin auch die medikamentöse Therapie. Wenn sie sich ein frühes Lebensende wünscht, welche Therapien zur Sekundär- und Tertiärprävention sind dann überhaupt noch indiziert? Wünscht die Patientin beispielsweise die Therapie mit Marcumar® bei Vorhofflimmern noch? Oder möchte sie nur noch rein symptomatisch behandelt werden? Kritisch reflektiert und besprochen würde an dieser Stelle, dass ein akutes Ereignis wie ein Schlaganfall wiederum Pflegebedürftigkeit induzieren kann. Selbst wenn die Hausärztin aber ihre Patientin nicht bei der Selbsttötung aktiv unterstützen möchte – aus persönlichen, ethischen, vielleicht auch religiösen Gründen –, so kann sie sie doch in vielen anderen Bereichen begleiten.

Ist die Anfrage der Patientin untypisch?

Ganz und gar nicht. In Diskussionen zum ärztlich assistierten Suizid wird (häufig medienwirksam) auf sogenannte Qualtode im Rahmen von malignen oder neurodegenerativen Erkrankungen verwiesen. Die Angst vor Pflegebedürftigkeit und Autonomieverlust sowie die Sorge, anderen zur Last zu fallen, sind jedoch fast ebenso häufige Gründe für den Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung.⁵

Eine Auswertung der Protokolle eines deutschen Sterbehilfevereins zeigte, dass durchaus auch gesunde, nicht palliative Patientinnen und Patienten um Beihilfe bei der Selbsttötung baten. Sie waren in einigen Fällen sogar nahezu gesund, fürchteten sich aber vor Pflegebedürftigkeit, Einsamkeit und Autonomieverlust im Alter.⁵ Die schwierige Situation im Bereich Pflege könnte auch dazu führen, dass immer mehr alte Menschen den Suizid einem Aufenthalt im Pflegeheim vorziehen. Hier stellt sich die Frage, wie wir als Gesellschaft darauf reagieren möchten: mit einer Liberalisierung der Beihilfe zur Selbsttötung – oder mit einer entscheidenden Verbesserung der Situation von pflegebedürftigen Menschen?

Was erwartet Hausärztinnen und Hausärzte durch Neuregulierung der Beihilfe zur Selbsttötung?

Die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland erlaubt. In den unterschiedlichen Gesetzentwürfen zu diesem Thema wird das nicht infrage gestellt – es wird jedoch eine Form der Regulierung geben. Angedacht sind unter anderem ein Register zur Erfassung von begleiteten Selbsttötungen sowie der Ausbau von Maßnahmen zur Suizidprävention und Palliativmedizin. Weiter-

hin werden eine verpflichtende Beratung und ein sogenanntes Vier-Augen-Prinzip vorgeschlagen, bei dem zwischen beratenden und begutachtenden Ärztinnen und Ärzten und jenen, die die Beihilfe leisten, unterschieden wird.

Aus Ländern, in denen die Beihilfe und teilweise sogar die Tötung auf Verlangen legalisiert wurden, ist bekannt, dass die Anzahl der Todesfälle auf diesem Wege steigt.⁶ Folglich werden Hausärztinnen und Hausärzte zukünftig mutmaßlich mit Anfragen zur Beihilfe bei der Selbsttötung konfrontiert werden. Persönlich, aber auch zusammen mit Kolleginnen und Kollegen und in Fortbildungsveranstaltungen sollten sie sich daher vorausschauend mit diesem Thema auseinandersetzen. In den vorliegenden Gesetzentwürfen bleibt die hausärztliche Expertise leider unberücksichtigt. Allgemeinärzte kommen schlichtweg an keiner Stelle vor – und waren in die Beratungen im Vorfeld nicht eingebunden. Da sie aber nicht nur ihre Patienten und Patientinnen über sehr lange Zeiträume begleiten, sondern auch deren Umfeld und den biografischen sowie sozialen Kontext kennen, kann man dies als Versäumnis der Gesetzgebenden bezeichnen. Wir hoffen, dass hier nachgebessert wird. ◆



Dr. med. Sandra Blumenthal

Institut für Allgemeinmedizin
Charité Universitätsmedizin
Berlin

Claudia Kahle

Hausärztliche Gemeinschafts-
praxis
Claudia Kahle und
Dr. Antje Pauly
Celle

Luise Wagner

Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Jena

Interessenkonflikte:
Die Autorinnen haben keine
deklariert.