

Assistierte Suizide und Suizidprävention: eine schweizerische Perspektive

Heinz Rüegger

Zusammenfassung

Die Zahl der assistierten Suizide nimmt in der Schweiz stark zu. Dabei handelt es sich meist um Suizide alter Menschen. Alterssuizide in Begleitung einer Sterbehilfeorganisation werden zunehmend als eine von verschiedenen Optionen selbstbestimmten Sterbens wahrgenommen. Das ethische Problem von Alterssuiziden liegt nicht im Sterben eines alten Menschen als solchem, auch nicht in der selbstbestimmten Form des assistierten Suizids. Ethisch problematisch ist, wenn Menschen aus Einsamkeit und Verzweiflung, wegen unterbliebener Hilfe zum Leben oder unter dem Druck abwertender gesellschaftlicher Altersstereotype Suizid begehen. Hier ist Prävention gefragt. Prävention aber nicht als Suizid-Verhinderung generell. Denn neben der Prävention affekthafter Suizide gilt es im Blick auf wohl reflektierte Alterssuizide durchaus auch eine Suizid-Akzeptanz und eine Suizid-Assistenz in ihrem je eigenen Recht anzuerkennen als Teile einer weit gefassten Palliative Care. Der Artikel beschreibt, wie Institutionen der Langzeitpflege mit dem Wunsch von Bewohnern nach assistiertem Suizid umgehen können.

Keywords: Suizid, selbstbestimmtes Sterben, passive Sterbehilfe, Suizid-Prävention, Suizid-Akzeptanz, Suizid-Assistenz, Palliative Care

Assisted Suicide and Prevention of Suicide: a Swiss Perspective

Abstract

The number of assisted suicides is growing remarkably in Switzerland – mostly among older persons. Assisted suicides of older persons are increasingly seen as one among many options of self-determined dying. The ethical problem of such suicide does not lie in the death of an old person as such, nor in the particular act of suicide as a self-determined form of dying. The ethical problem rather manifests itself in situations in which older persons commit suicide out of solitude or despair because they have not received the support they would have needed for the acceptance of their life, or when they take refuge in suicide under the pressure of ageistic prejudices of society at large. In such situations, prevention is clearly called for, but not with the inten-

tion to abolish suicide altogether. In addition to the prevention of avoidable suicides, acceptance and assistance with regard to well-reflected suicides in old age are to be taken seriously in their own right as part of a broadly defined culture of palliative care. The article hints at how institutions of long-term care can responsibly deal with the wishes of residents to commit assisted suicide.

Keywords: suicide, self-determined dying, let to die, suicide prevention, acceptance of suicide, suicide assistance, palliative care

Zunahme der Alterssuizide

Die Zahl der allein durchgeführten Suizide ist in der Schweiz seit den 1980er Jahren generell zurückgegangen und seit Jahren insgesamt stabil (zw. 1000 und 1100 pro Jahr), bei den über 75-Jährigen aber angestiegen. Exponentiell angestiegen sind jedoch die assistierten Suizide. Allein die Organisationen EXIT Deutsch- und Welschschweiz, die die allermeisten assistierten Suizide in der Schweiz begleiten, verzeichnen in ihren Jahresberichten einen Anstieg von 614 (2013) über 758 (2014) auf 995 (2015) Fälle. Mit zunehmendem Alter (ab 50) nehmen allein durchgeführte Suizide ab und assistierte Suizide zu. Ab 85 überwiegen letztere. [2]

Assistierte Suizide sind weitgehend Alterssuizide. Das Durchschnittsalter bei EXIT Deutsche Schweiz liegt bei 77,5 Jahren (2014). Ab 2016 gibt es in der Schweiz mehr assistierte als allein durchgeführte Suizide. Diese Tendenz wird unaufhaltsam zunehmen und fordert zu einem neuen Nachdenken über die ethische Bewertung und die rechtliche Regelung des assistierten Suizids heraus.

Man kann in dieser Entwicklung drei Tendenzen sehen:

- Medizinisch begleitetem Sterben gehen heute so oder so und völlig unabhängig vom zahlenmäßig marginalen Phänomen des assistierten Suizids, das 2014 nur gerade 1,2 % aller Todesfälle von Personen mit Wohnsitz in der Schweiz ausmachte [2], meist Entscheidungen voraus, das Sterben zuzulassen. Die Rede ist von sog. *medical end-of-life decisions*. In der Schweiz trifft dies für das

Jahr 2013 auf 58,7 % aller medizinisch begleiteten Todesfälle zu. Das entspricht 82,3 % aller Fälle, in denen Patienten nicht einfach plötzlich und völlig unerwartet starben [4]. Dabei geht es meist um Entscheide im Sinne Passiver Sterbehilfe, wobei solche Entscheide nach geltendem Recht und nach dem medizinethischen Prinzip der Patientenautonomie am expliziten oder mutmaßlichen Patientenwillen orientiert sein müssen. *Selbstbestimmtes Sterben* wird also auch für Menschen, die nie auf die Idee kämen, einen Suizid zu vollziehen, zum Normalfall.

- Assistierter Suizid wird, schon gar angesichts des Eintritts der an Selbstbestimmung gewohnten Babyboomer-Generation in die Phase des Alters, faktisch immer mehr zu einer unter verschiedenen Möglichkeiten selbstbestimmten Sterbens. Dem entspricht eine in der Schweiz feststellbare Tendenz, assistierten Suizid im Sinne eines sog. Altersfreitods auch Menschen zugänglich zu machen, die an keiner tödlichen Krankheit leiden, sondern einfach lebensmüde sind und den Tod einem Weiterleben in Hochaltrigkeit vorziehen [3]. Man kann von einer gesellschaftlichen *Normalisierung* des assistierten Suizids sprechen.

- Suizid wird zunehmend in einem geordneten, strukturierten und sorgfältig planbaren Rahmen begangen. Es kommt zu einer Klärung und ‚*Zivilisierung*‘ des suizidalen Prozesses.

Zur ethischen Problematik des Alterssuizids
Redet man über Alterssuizid, ist es wichtig, sich klar zu machen, worin denn die ethische Problematik dieses Phänomens liegt und worin gerade nicht.

Die ethische Problematik des Alterssuizids sehe ich nicht im Sterben eines alten Menschen als solchem – das gehört natürlicherweise zu dieser Lebensphase. Das Problem liegt auch nicht im eigenen Verfügen über das Lebensende – das gehört zur Autonomie eines Menschen. So hält der Bundesgerichtsentscheid 133/58 vom 03.11.06 fest: „Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden.“ Auch in der Form des Sterbens, derjenigen des assistierten Suizids nämlich, scheint mir das ethische Problem nicht zu bestehen – diese ist eine sanfte, sorgfältig planbare Form des Sterbens. Die ethische Problematik liegt vielmehr dort, wo jemand den Suizid wählt, weil er mögliche medizinische, pflegerische, psychologische,

soziale, spirituelle oder materielle Hilfe zum Leben nicht bekommt, die er bräuchte, weil er sich trostlos, einsam, verlassen fühlt, weil er unter dem Druck negativer gesellschaftlicher Werturteile und Altersbilder sich zu einem Suizid veranlasst sieht [8] oder wo jemand eine brutale Form des Suizids wählt, die möglicherweise auch noch andere Menschen traumatisiert, zum Beispiel indem man sich vor einen fahrenden Zug wirft. In all diesen Fällen ist Prävention als Ausdruck der Fürsorge-Verpflichtung das Gebot des Handelns.

Prävention – Akzeptanz – Assistenz

Statt der meines Erachtens nicht weiterführenden Polarisierung zwischen Palliative Care auf der einen und Suizid-Assistenz auf der anderen Seite scheint mir ein reflektiertes Miteinander von

- Suizid-*Prävention* (aus Fürsorge-Verpflichtung),
- Suizid-*Akzeptanz* (aus Respekt vor Autonomie) und aus
- Suizid-*Assistenz* (zur Sicherung eines wohl erwogenen Entscheids und einer friedlichen, humanen Durchführung)

ethisch, rechtlich und praktisch sinnvoller zu sein. Die insgesamt positiven Erfahrungen in der Schweiz im Umgang mit begleiteten Alterssuiziden scheinen mir eine solche Sicht nahezulegen. Dabei ist der Suizidprävention grundsätzlich Priorität einzuräumen. Ich stimme diesbezüglich den Aussagen der Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (A-EM) zu: „Suizidhilfe ist nicht zu rechtfertigen, solange nicht alle sinnvollen Möglichkeiten der Suizidprävention ausgeschöpft sind. Deshalb muss die Prävention jeder Suizidhilfe vorausgehen.“ Allerdings ist dann auch festzuhalten: „Zwischen Suizidprävention und Suizidhilfe lässt sich keine starre Grenze festlegen“ [1].

Herausforderung für Institutionen der Altenpflege

Was bedeutet dies für die Institutionen der Altenpflege, die zwar selten, aber in der Zukunft sicher vermehrt mit dem Wunsch von Bewohnern konfrontiert werden dürften, einen begleiteten Suizid zu begehen?

Die beiden zentralen Fragen sind zum einen, ob ein solcher Suizid, in der Schweiz in der Regel begleitet durch eine externe Sterbehilfeorganisation, in den Räumen einer Institution der Langzeitpflege durchgeführt werden darf oder ob die sterbewillige Person diesen Schritt außerhalb der Institution vollziehen muss. Zum andern stellt sich – unabhängig davon, wie diese erste Frage beantwortet wird – die Frage, wie die Mitarbeitenden

einer Institution der Altenpflege vorzugehen haben, wenn sie hören, dass ein Bewohner ernsthaft in Erwägung zieht, sein Leben durch einen assistierten Suizid zu beenden.

Die erste Frage wird in der Schweiz unterschiedlich beantwortet. Institutionen der Langzeitpflege können in der Regel selbst entscheiden, was für eine Regelung sie treffen wollen. Wichtig ist, dass eine klare Regelung erfolgt und dass diese transparent kommuniziert wird. Die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK empfiehlt allerdings, bei Heimbewohnern, die außerhalb des Heims kein eigenes Zuhause mehr haben, einen assistierten Suizid in den Räumlichkeiten des Heims zuzulassen. Sie hält fest im Blick auf „Institutionen der Langzeitpflege: Wenn ein Bewohner den assistierten Suizid wünscht und er über keinen anderen Lebensort verfügt als diese Institution, sollte er nach Möglichkeit den Akt auch an diesem Ort durchführen können“ [6].

Im Blick auf die zweite Frage nach dem Umgang mit Wünschen von Bewohnern nach einem begleiteten Suizid gilt es, ein paar grundlegende Prinzipien zu beachten:

- Ein geäußelter Wunsch nach Suizidbeihilfe ist ernst und nicht-wertend zur Kenntnis zu nehmen. Eine sterbewillige Person soll spüren, dass man auf ihr Ansinnen eingeht und sie in dem, was sie für sich als richtig und wichtig erachtet, respektiert. Nur so kann eine vertrauensvolle Gesprächskultur entstehen, die es dann auch erlaubt, mit der betroffenen Person offen über ihren Wunsch zu sprechen.

- Ein geäußelter Wunsch nach Suizidbeihilfe ist vertraulich zu behandeln. Es muss klar definiert sein, wer darüber mit der sterbewilligen Person das Gespräch führt.

- Die Verantwortlichen haben (selbst-)kritisch und im Gespräch mit der sterbewilligen Person zu prüfen, ob alle möglichen palliativen Angebote im medizinischen, pflegerischen, spirituellen, sozialen oder ökonomischen Bereich gemacht wurden, die es dem Betroffenen allenfalls ermöglichen würden, sein Leben weiterhin zu bejahen und von einem Suizid abzusehen.

- Eine klare Rollentrennung und Absprache zwischen Heimpersonal und Sterbehilfeorganisation ist wünschbar: Das Heimpersonal beteiligt sich nicht an Vorberei-

tung und Durchführung des assistierten Suizids [9], sondern setzt sich bis zuletzt für eine qualitativ hochstehende Pflege und Betreuung ein, um die Möglichkeit eines Weiterlebens bis am Schluss offen zu halten. Die Sterbebegleiter der Sterbehilfeorganisation setzen sich für die seriöse Abklärung der dem Suizidwunsch zugrundeliegenden Motive und die Ermöglichung der geordneten Durchführung eines Suizids ein.

- Die Heimverantwortlichen bilden sich ein Urteil darüber, ob die für einen assistierten Suizid zu berücksichtigenden Voraussetzungen im konkreten Fall gegeben sind. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften weist den Institutionen der Langzeitpflege „besondere Schutzpflichten“ zu:

- „a. Es muss sichergestellt sein, dass die betreffende Person urteilsfähig ist.

- b. Es muss sichergestellt sein, dass der Entscheid zum Suizid nicht auf äußeren Druck oder auf eine nicht adäquate Abklärung, Behandlung oder Betreuung zurückzuführen ist.

- c. Es muss sichergestellt sein, dass die Gefühle der Mitbewohner und der Mitarbeiter respektiert werden“ [9].

Als für einen assistierten Suizid vorauszusetzende ethische Kriterien nennt die Nationale Ethikkommission: 1. bestehende Urteilsfähigkeit; 2. schweres, krankheitsbedingtes Leiden als Ursache des Suizidwunsches; 3. der Suizidwunsch darf nicht Ausdruck einer psychischen Erkrankung sein; 4. Dauerhaftigkeit und Konstanz des Sterbewunsches; 5. Freiheit von äußerem Druck; 6. alternative Optionen sind abgeklärt worden; 7. es haben persönliche, mehrmalige Kontakte und intensive Gespräche stattgefunden [7].

Suizidbeihilfe und Palliative Care

Insgesamt kann assistierter Suizid durchaus als *ultima ratio* Maßnahme im weit gefassten Rahmen einer modernen Palliative Care Kultur verstanden werden. Es ist deshalb sachlich durchaus nachvollziehbar, dass in der Schweiz die Sterbehilfeorganisation EXIT seit Jahrzehnten eine eigene Stiftung für Palliative Care führt. Es ist jedenfalls klar, dass auch noch so gute Palliative Care den Wunsch nach assistiertem Suizid nicht einfach zum Verschwinden bringt [5].

Literaturverzeichnis

(1) Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM) (2013) Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. Ethik in der Medizin 25:349-365

(2) Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz. Todesursachenstatistik 2014 (2016) (BFS Aktuell 14: Gesundheit). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik

(3) Bosshard G (2017) Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, empirische Befunde. In: Borasio G D, Jox R J, Taupitz J, Wiesing U (Hrsg.) Assistierter Suizid. Der Stand der Wissenschaft. Berlin: Springer, S 29-40

(4) Bosshard G, Hurst S A, Puhon M A (2016) Medizinische Entscheidungen am Lebensende sind häufig. Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum 16[42]:896-898

(5) Jox R J (2017) Perspektiven deutscher Patienten und Bürger auf den assistierten Suizid. In: Borasio G D, Jox R J, Taupitz J, Wiesing U (Hrsg.) Assistierter Suizid. Der Stand der Wissenschaft. Berlin: Springer, S 51-60

(6) Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK (2005) „Beihilfe zum Suizid“ (Stellungnahme Nr. 9). Bern (URL: http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf)

(7) Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK (2006): Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe (Stellungnahme Nr. 13). Bern (URL: http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/Sorgfaltskriterien_d_mit_Datum.pdf)

(8) Rügger H (2013) Zur Bedeutung gesellschaftlicher Einstellungen zum Alter im Blick auf Alterssuizide. Zeitschrift für Gerontologie und Ethik 4:9-38

Eingang: 06.02.2017

akzeptiert: 15.03.2017

Korrespondenzadresse:

Dr. Heinz Rügger MAE

Institut Neumünster

Neuweg 16

CH-8125 Zollikerberg

E-Mail: heinz.rueegger@institut-neumuenster.ch

Suizidprävention im Alter: Welchen Beitrag können Advance Care Planning und Ethikberatung leisten?

Dorothee Dörr

Zusammenfassung

Der drohende, unumkehrbare Autonomieverlust in der letzten Lebensphase kann für alte Menschen grundlegend für die Entwicklung von Suizidgedanken sein. Auch die Erstellung von Patientenverfügungen (PV) wird von vielen von der Sorge vor unerwünschter Lebenserhaltung geleitet, wenn selbstbestimmtes Entscheiden nicht mehr gegeben ist. Das Instrument der PV scheint allerdings nicht geeignet zu sein, um mögliche Suizidalität zu erkennen und zu thematisieren. Während die Anzahl suizidgefährdeter alter Menschen deutlich unterschätzt wird, ist nach wie vor davon auszugehen, dass in Arzt-Patient-Gesprächen das Thema Suizid bis heute wohl weitgehend tabuisiert wird.

Mit dem Angebot des *Advance Care Planning* wird Menschen die Möglichkeit eröffnet, Unterstützung bei der Erarbeitung eines individualisierten Konzeptes zur Gestaltung der letzten Lebensphase zu erhalten. Insofern kann *Advance Care Planning* auch einen Beitrag zur Suizidprävention leisten, wenn mit betroffenen Menschen über Wege aus (scheinbar) hoffnungslosen Lagen gesprochen wird. Auch Ethikberatung bietet, sowohl im klinischen als auch zunehmend im ambulanten Bereich, eine wertvolle Unterstützung bei der Abwägung kon-

fliktbeladener Wertefragen, die das Thema des Suizidwunsches nicht ausklammern darf. So können beispielsweise Fragen zur Legitimierung von palliativer Sedierung im Einzelfall in ethischen Besprechungen angemessen erläutert werden.

Zur fürsorglichen Suizidprävention sind einzelne Berufsgruppen aufgerufen, jedoch bleibt es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sich für Unterstützungsangebote für Menschen in besonders vulnerablen Lebensphasen einzusetzen. *Advance Care Planning* und *Palliative Care* bieten hier ein vielversprechendes Potential, sollten jedoch nicht missbräuchlich als Allheilmittel bezeichnet werden.

Schlüsselwörter: Suizidprävention, alte Menschen, Selbstbestimmung, Würde, Patientenverfügung, *Advance Care Planning*, Ethikberatung, *Palliative Care*

Suicide prevention in the elderly: How could advance care planning and ethics consultation contribute?

Abstract

In view of the impending loss of autonomy in the last stage of life elder people may develop thoughts of suicide. Furthermore, people compile *advance directives*