

T. Fuchs · H. Lauter · Psychiatrische Klinik der TU München

Der Fall Chabot

Assistierter Suizid aus psychiatrischer Sicht*

Zusammenfassung

Die internationale Diskussion über Fragen der Sterbehilfe ebenso wie die Entwicklung in Australien und Oregon weisen auf eine zunehmende Tendenz hin, der ärztlichen Beihilfe zum Suizid den Vorzug gegenüber der aktiven Tötung zu geben – nicht zuletzt aus Gründen der gesellschaftlichen Akzeptanz. Die Entscheidung des Obersten Gerichts der Niederlande über die Suizidbeihilfe eines Psychiaters aus dem Jahr 1994 gibt Anlaß, diese Problematik aus psychiatrischer Sicht zu untersuchen.

Schlüsselwörter

Assistierter Suizid · Euthanasie ·
Arzt-Patienten-Beziehung · Psychiatrie

Aktive Euthanasie und ärztlich assistierter Suizid sind nicht nur zu einem zentralen Thema der internationalen medizinethischen Diskussion geworden; mehr und mehr greifen beide Probleme auch auf den Bereich der Psychiatrie über. Dies hat v.a. 2 Gründe. So wird auch die psychiatrische Expertise zunehmend in vorgeschlagene oder faktische Verfahrensregelungen zu Euthanasie und assistiertem Suizid einbezogen [2, 13]. Der Death Dignity Act von 1994 im amerikanischen Bundesstaat Oregon sieht eine psychiatrische Untersuchung in Zweifelsfällen vor [16]; im australischen North Territory setzt die 1995 legalisierte Suizidbeihilfe sogar generell eine vorhergehende psychiatrische Untersuchung voraus [19].

Doch noch aus einem zweiten, schwerer wiegenden Grund ist die Psychiatrie von der gegenwärtigen Problementwicklung betroffen. Seit Euthanasie und Suizidbeihilfe in den Niederlanden in den meisten Fällen von Strafe freigestellt bleiben – die gesetzliche Handhabe dazu wurde 1994 geschaffen – haben dort Ärzte auch chronisch psychisch Kranken Beihilfe zur Selbsttötung geleistet. Vorläufiger Höhepunkt dieser Entwicklung ist eine Entscheidung des Obersten Gerichts der Niederlande aus dem Jahr 1994, in der die Suizidbeihilfe des Psychiaters Dr. Chabot bei einer depressiven Patientin grundsätzlich gebilligt wurde; dieser Fall hat weltweit Aufmerksamkeit erregt [1, 11, 15, 17]. Darüber hinaus betrifft auch die in den Niederlanden ermittelte jährliche Zahl von ca. 1000 Fällen nichtfreiwilliger Euthanasie bei nicht mehr willensfähigen Sterbenden [22] potentiell auch psychiatrische Patienten, insbesondere Demenzkranke, die von hoch-

rangigen holländischen Ärztevertretern schon seit längerem zum möglichen Kreis der Empfänger der Gnaden-tötung gerechnet wurden [21].

In dieser Situation erscheint es um so mehr geboten, der Problematik der Suizidbeihilfe bei psychischen Leiden als Psychiater besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Dazu wollen wir zunächst den Fall Chabot näher beleuchten.

Der Fall Chabot

Der niederländische Psychiater Boudewijn Chabot hatte am 28.9.1991 seiner 50jährigen Patientin Netty Boomsma eine tödliche Medikamentendosis gegeben, die sie in seinem Beisein einnahm. Das auf seine Selbstanzeige hin eingeleitete Verfahren kam vor das oberste Gericht der Niederlande, das am 21.6.1994 seine Entscheidung traf. Dem „Fall Chabot“ wurde weithin Bedeutung als Präzedenzfall zugemessen, seine näheren Umstände und Urteilsgründe inzwischen detailliert veröffentlicht [11, 15].

Frau Boomsma war verheiratete Sozialarbeiterin und Mutter zweier Söhne. Im Verlauf ihrer von Anfang an unglücklichen Ehe war sie jahrelang Gewalttätigkeiten ihres Ehemannes ausgesetzt. 1986 nahm sich ihr älterer, 20jähriger Sohn das Leben. Die Patientin wurde daraufhin wegen akuter Sui-

* Überarbeitete Fassung eines auf dem Kongreß der DGPPN am 18.09.1996 in Düsseldorf gehaltenen Vortrags

Dr. T. Fuchs
Psychiatrische Klinik der Universität,
Voßstraße 4, D-69115 Heidelberg

T. Fuchs · H. Lauter

The Chabot case. Assisted suicide from a psychiatric point of view

Summary

The international discussion on physician-assisted dying as well as the recent development in North Australia and Oregon point to a growing tendency to favour assisted suicide as against killing on request – last not least for reasons of public acceptance. The decision of the Supreme Court of the Netherlands in a case of suicide assisted by a psychiatrist gives the opportunity to discuss the problem from the psychiatric point of view.

Key words

Assisted suicide · Euthanasia · Physician-patient relationship · Psychiatry

zialität vorübergehend in eine psychiatrische Klinik aufgenommen, entschied sich jedoch schließlich um ihres jüngsten Sohnes willen zum Weiterleben. 1988 erfolgte nach weiteren Zerwürfnissen die Trennung, 1990 die Scheidung von ihrem Mann. 1991 starb auch ihr zweiter Sohn mit 20 Jahren innerhalb kurzer Zeit an einem Karzinom. Unmittelbar darauf beging sie einen schweren, aber erfolglosen Suizidversuch mit Tabletten. In der Folgezeit kreisten all ihre Bemühungen weiter um den beschlossenen Suizid; sie ließ sogar das Grab ihres ersten Sohns so versetzen, daß zwischen beiden Söhnen schon der Platz für ihren Sarg vorbereitet war.

Drei Monate nach dem Tod des zweiten Sohnes trat Frau Boomsma über die Niederländische Gesellschaft für Freiwillige Euthanasie in Verbindung mit Dr. Chabot. Dieser hatte sich bei der Gesellschaft zur psychiatrischen Betreuung suizidaler Patienten angeboten, dabei allerdings auch eine Beihilfe zum Suizid als mögliche Option nicht ausgeschlossen. Zwischen dem 2.8. und dem 7.9.1991 führte er mit Frau Boomsma eine Reihe intensiver Gespräche von insgesamt 24 h Dauer. Nach seiner Diagnose litt sie unter einer seit 5 Jahren hingezogenen, pathologischen Trauerreaktion mit vorwiegend depressiver Stimmung, also an einer Anpassungsstörung nach DSM-III-R, jedoch nicht unter einer psychiatrischen Krankheit im engeren Sinn, einer klinischen Depression oder einer Persönlichkeitsstörung.

Dr. Chabot versuchte im Verlauf der Behandlung eine Trauerarbeit in Gang zu bringen, was die Patientin jedoch bald bemerkte und verweigerte: sie wisse bereits von ihrem ersten Sohn her, was Trauern sei, und sei dazu nicht noch einmal bereit. „Meine Kinder zu betrauern heißt sie gehen zu lassen und ein anderer Mensch zu werden. Genau das will ich nicht: Ich will keine andere werden als die, die ich war, als ich eine glückliche Mutter war.“ Ebenso lehnte die Patientin eine vorgeschlagene Behandlung mit Antidepressiva ab. „Antidepressiva werden vielleicht bewirken, daß ich mich etwas besser fühle, aber was ändert das für mich?“ Sie wolle sich gar nicht besser fühlen, sondern sterben. In mehreren Briefen an den Psychiater bekundete und begründete sie ih-

ren Todeswunsch klar und eindeutig. „Der einzige Sinn, den das Leben für mich noch hat, ist es, durch einen würdevollen Tod meinen Weg zu Peter und Robbie zu finden“ [15].

Dr. Chabot beschrieb seine Patientin als eine ungewöhnlich starke und gleichzeitig sensible Persönlichkeit, deren Leben jedoch völlig auf ihre Kinder als einzigen Wert aufgebaut war. Ihre Stimmung sei fluktuierend, überwiegend depressiv gewesen, jedoch mit einem erhaltenen Sinn für Humor und sogar einer gewissen Fähigkeit zur Selbstdistanzierung. Er habe aber verstehen können, warum für diese besondere Frau mit ihrer individuellen Lebensgeschichte der Tod die einzig mögliche Option gewesen sei [15]. – 10 Tage nach dem Erstkontakt konsultierte er 4 Fachkollegen, später im Verlauf der Behandlung 3 weitere Ärzte bzw. Psychologen, um ihre Meinung über Diagnose, Therapiemöglichkeiten und Prognose einzuholen. Sie sahen die Patientin zwar nicht persönlich, stimmten aber aufgrund der ausführlichen Unterlagen weitgehend mit ihm darin überein, daß keine psychiatrische Krankheit im eigentlichen Sinne vorlag, daß das seelische Leiden der Patientin jedoch dauerhaft und unerträglich sei, und daß angesichts ihrer Verweigerung die Aussichten einer Behandlung äußerst gering seien. Dr. Chabot legte vor Gericht auch dar, daß er im Falle einer realistischen Erfolgchance die Beihilfe zum Suizid auf jeden Fall verweigert hätte.

Mit diesem Fall kam erstmals im Verlauf der Euthanasieprozesse die Beihilfe zum Suizid bei einer körperlich gesunden, seelisch leidenden Patientin vor dem Obersten Gericht der Niederlande zur Verhandlung. Das Gericht vertrat die Auffassung, ein ärztlicher Pflichtenkonflikt als Rechtfertigung für Euthanasie oder Suizidbeihilfe komme dabei grundsätzlich ebenso in Frage wie bei unerträglichem körperlich bedingten Leiden. Entscheidend sei das Ausmaß und die Prognose des Leidens, nicht seine Ursache. Ebenso schließe eine psychische Störung oder Krankheit einen kompetenten und freiwilligen Todeswunsch nicht von vorneherein aus. Unter anderem berief sich das Gericht auch auf ein Positionspapier der Holländischen Psychiatrischen Gesellschaft, in dem die Beihilfe zum Suizid

bei psychischen und nicht-terminalem Leidenszuständen für grundsätzlich legitim erklärt wird. Allerdings forderte das Gericht für solche Fälle „außerordentliche Sorgfalt“ bei der Beurteilung der notwendigen Voraussetzungen [11].

Das Gericht sprach daher – wie die beiden vorausgehenden Instanzen – den Psychiater grundsätzlich von einer Schuld bei seiner Hilfe zum Suizid frei; es verurteilte ihn allerdings dennoch (wenn auch unter Absehung von weiterer Strafverfolgung) wegen des formalen Umstandes, daß er keinen seiner konsultierten Kollegen um persönliche Untersuchung seiner Patientin veranlaßt habe. Ein unabhängiges Expertenurteil von einem ärztlichen Kollegen, der den Patienten auch persönlich untersucht habe, sei Voraussetzung für ein Gericht, um mit der in psychiatrischen Fällen gebotenen besonderen Sorgfalt eine schuldbefreiende Notlage des Arztes feststellen zu können.

Diskussion

Der dargestellte Fall wirft verschiedenste Fragen auf, die von der Arzt-Patienten-Interaktion bis zu fundamentalen ethischen und existentiellen Problemen reichen. An der psychiatrischen Beurteilung und Handhabung des Falles können wohl Zweifel aufkommen – vor allem: Ist 4 bis 5 Monate nach dem entscheidenden Verlustereignis bereits eine hinreichende Verlaufseinschätzung möglich? Hätte der Entscheidung nicht wenigstens ein psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlungsversuch vorausgehen müssen? – Dennoch soll hier ohne nähere Kenntnis der Umstände keine unmittelbar fallbezogene Kritik geübt werden. Vielmehr wollen wir im folgenden anhand des Falles einige grundsätzliche Aspekte der Suizidbeihilfe erörtern.

Vor allem 2 Gründe sprechen dafür, diesem gegenüber der aktiven Euthanasie noch weniger beachteten Thema mehr Aufmerksamkeit als bisher zu schenken. Zum einen wäre ein Fall Chabot grundsätzlich auch in Deutschland denkbar, da das deutsche Recht im Gegensatz zu den Bestimmungen in den meisten anderen Ländern Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung straffrei läßt. Auch die Garantenstellung und die Hilfsverpflichtung (§ 323 c StGB) des Arztes sind zumindest keine sicheren

Barrieren, da sie durch das Selbstbestimmungsrecht des freiverantwortlich handelnden Patienten begrenzt werden [18]. Daher böte sich in der Propagierung des assistierten Suizids eine günstige Möglichkeit, die Forderung nach selbstbestimmter Wahl des eigenen Todes durchzusetzen – um so mehr, als die Legalisierung der Tötung auf Verlangen in der Bundesrepublik in absehbarer Zeit kaum Aussicht auf Erfolg haben dürfte. Dafür spricht auch die ganz überwiegende Ablehnung aktiver Euthanasie durch die deutsche Ärzteschaft (vg. die Stellungnahmen des Deutschen Ärztetages von 1995 und 1996 [6]).

Zum anderen weist auch die internationale bioethische Diskussion, insbesondere die Entwicklung in Australien und in Oregon, auf eine zunehmende Tendenz hin, das virulente Problem der Sterbehilfe nicht durch ärztlich vollzogene Tötung, sondern vorrangig durch das „sanftere“ Mittel des assistierten Suizids lösen zu wollen. Die Gründe dafür liegen auf der Hand: Zum einen ist hier weniger Widerstand v.a. seitens der Ärzteschaft zu erwarten; zum anderen gibt das Verfahren dem Patienten mehr Eigenverantwortung und entspricht insofern auch dem Autonomieprinzip, auf das sich die Forderung nach freier Bestimmbarkeit des eigenen Todeszeitpunktes ja maßgeblich stützt. Die rechtliche Situation in Deutschland erlangt damit für manche Euthanasiebefürworter sogar Modellcharakter [3].

Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen – ein moralischer Unterschied?

Wie in den Niederlanden üblich, wird im Urteil des Obersten Gerichts nicht grundsätzlich zwischen assistiertem Suizid und ärztlicher Euthanasie unterschieden. Auch die angloamerikanische bioethische Diskussion tendiert weit hin dazu, zwischen Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid – im mehrdeutigen Begriff des „physician-assisted dying“ zusammengefaßt – keine moralisch relevante Unterscheidung zu treffen. Die Wahl zwischen beiden Varianten wird daher vielfach als eine bloße Frage der Zweckmäßigkeit angesehen: Aktive Euthanasie bedeute gegenüber der oralen Gabe einfach, daß es „in

vielen Fällen einfacher sein wird, die Substanz intravenös zu verabreichen und so die Zuverlässigkeit der Absorption, die Geschwindigkeit des Todes und die Fähigkeit zur Titrierung der Dosen für den gewünschten Effekt zu verbessern“ – wie kürzlich im *New England Journal of Medicine* zu lesen stand [15].

Doch lassen sich aus medizinethischer Sicht für einen moralisch relevanten Unterschied von Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe durchaus ernstzunehmende Gründe vorbringen. Da der Arzt beim assistierten Suizid nicht selbst zum Tötenden wird, richtet sich sein Handeln – die Beschaffung des Mittels – nicht selbst gegen den Körper und damit die Person des Kranken. Er akzeptiert das Urteil des Patienten über die Wertlosigkeit seines Lebens, vollzieht es aber nicht selbst. Er macht den Patienten nicht zum Objekt seiner Tötungsabsicht, wie er dies mit der tödlichen Spritze trotz aller humanitären Intentionen *de facto* tut. Zentrale Argumentationen, die sich gerade aufgrund der interpersonellen Bedeutung des Tötungsaktes als solchen gegen die ärztliche Tötung auf Verlangen vorbringen lassen – wir haben dies an anderer Stelle ausführlich behandelt [8, 9] – fallen daher bei der Suizidbeihilfe fort. Dementsprechend niedriger dürfte hier in der Regel auch die Schwelle des Arztes liegen, eine Gewissensentscheidung für sie zu treffen. Die Ausführung einer Tat erfordert eben *ceteris paribus* einen ungleich höheren Grad an Identifikation, Motivation und Willenskraft als die bloße Zustimmung oder Beihilfe. Danach richtet sich zumeist auch die juristische Schuldzumessung gegenüber dem Mittäter.

Allerdings muß es als wesentlicher Unterschied gelten, ob die Hilfe zur Selbsttötung als ein letzter Freundschafts- oder Liebesdienst zwischen 2 vertrauten Menschen erfolgt oder ob diese Hilfe von einem Arzt geleistet und damit zu einem Bestandteil professioneller Normalität wird. Dabei sind sehr verschiedene Konstellationen denkbar. Sie beginnen bei der Verschreibung von Schmerzmitteln oder Psychopharmaka in Dosierungen, die einen vom Arzt bewußt oder unbewußt zugelassenen Suizid des Patienten zu einem Zeitpunkt irgendwann in der Zukunft ermöglichen; und sie reichen bis zu ärztlich ap-

plizierten Vorrichtungen oder Suizidapparaturen, die dem Patienten gerade noch ein letzte minimale Eigenaktivität zur Auslösung abverlangen und deren zweckmäßiges Funktionieren vom Arzt fortlaufend überwacht wird. Je professionisierter und standardisierter nun aber solche „Hilfeleistungen“ verlaufen, desto näher rücken sie der aktiven Tötung, die der Arzt durch Injektion mit eigener Hand vollzieht.

Bereits das degoutante Verfahren des Dr. Kevorkian in Illinois, der mit einer Suizidapparatur durch die Landefuhr, um 39 Patienten, darunter einer Alzheimer-Kranken zum Tod zu verhelfen, hat gezeigt, was Beihilfe zur Selbsttötung bedeuten kann. Einen Höhepunkt des technisierten Suizids stellt aber zweifellos das computergesteuerte „Death-Delivery-System“ dar, wie es in Nordaustralien angewandt wird. Gemäß dem am 1. Juli 1996 dort eingeführten Sterbehilfe-Gesetz verabreichte sich erstmals am 26.9.1996 ein krebskranker Patient durch Tastendruck die programmierte tödliche Injektion. Er wurde vom Display des Laptops gefragt: „Wollen sie die tödliche Injektion starten? Ja/Nein“. Der Arzt, der kurz zuvor noch mit ihm zu Abend gegessen und dann die Apparatur appliziert hatte, saß nur dabei [20].

Kann sich der Arzt hier darauf berufen, nicht er, sondern der Patient habe sich die tödliche Injektion selbst verabreicht? Rechtlich mag dies einen Unterschied machen. Dem unbefangenen Blick enthüllt sich diese Prozedur aber als eine verschleierte, sozusagen virtuelle Form des Tötens: der Arzt läßt sich durch eine Apparatur mit quasipersonalem Charakter vertreten, um sich nicht selbst „die Hände schmutzig zu machen“. Man kann mit Recht fragen, ob die aktive Euthanasie demgegenüber nicht sogar das aufrichtigeres Verfahren darstellt, da der Arzt hier durch seine Tötungshandlung wenigstens unmittelbar mit seiner Verantwortung konfrontiert wird.

Die schiefe Bahn

Mit der höchstrichterlichen Entscheidung über den Fall Chabot hat sich die niederländische Euthanasiepraxis auch offiziell auf den psychiatrischen Bereich ausgedehnt. Auch wenn ein unerträglicher Leidenszustand als Rechtferti-

gung der Euthanasie an sich immer etwas Seelisches ist, war doch bislang in der Öffentlichkeit der Begriff der Euthanasie mit tödlicher, also körperlicher Krankheit in ihren Endstadien verbunden. Nun zeichnet sich ein Weg ab, der zur viel weiter reichenden Selbstbestimmung des Menschen über die Annahme oder Ablehnung seines Lebensschicksals überhaupt führt. Damit rücken nicht nur alle chronisch verlaufenden psychischen Krankheiten grundsätzlich in den möglichen Bereich ärztlich unterstützter Lebensbeendigung – erstinstanzlich wurde in den Niederlanden etwa bereits der Fall einer schweren Anorexia nervosa oder einer jahrelangen Depression verhandelt und die Suizidbeihilfe jeweils gebilligt [10]. Vielmehr stehen auch Leidenszustände zur Diskussion, die gar nicht mehr unter den Krankheitsbegriff im eigentlichen Sinne fallen – etwa Lebensüberdruß aufgrund körperlicher Entstellungen, Behinderungen oder schwer beeinträchtigender Alterserscheinungen.

Von daher wäre es schließlich nur noch ein kleiner Schritt zur Beantragung des Suizids bei einem nicht einmal gegenwärtigen, sondern zukünftigem schweren Leiden, etwa bei beginnender Demenz. Ganz im Sinne des Slippery-slope-Arguments ist nicht erkennbar, welche Barrieren auf dieser schiefen Bahn noch errichtet werden könnten. Was als eine akzeptablere Regelung des Problems der Sterbehilfe beginnt, droht mit der Einbeziehung seelisch bedingten Leidens zu einer normalen Lösung tragischen menschlichen Schicksals zu werden. Davon abgesehen birgt die Freigabe des assistierten Suizids prinzipiell ähnliche gesellschaftliche Risiken wie die aktive Euthanasie, insbesondere die Gefahr eines suizidfreundlichen Klimas, durch das sich alte und hinfallige Menschen zu einer vorzeitigen Beendigung ihres Lebens genötigt sehen. Gerade der Psychiater kann es aus seiner gesellschaftlichen Verantwortung heraus nicht hinnehmen, wenn der selbstgewählte Tod immer wohlwollender bewertet, ja wie in Holland zum „wichtigsten und bevorzugtesten Weg des Todes der Zukunft“ stilisiert wird [7].

Gleichwohl ergab eine kürzlich durchgeführte Befragung bei etwa der Hälfte der holländischen Psychiater,

daß 64% Suizidbeihilfe bei psychischen Störungen für grundsätzlich akzeptabel halten und 44% auch selbst dazu bereit wären [12]. Schätzungsweise etwas 320 psychiatrische Patienten ersuchen in den Niederlanden jährlich um Beihilfe zur Selbsttötung. Die Anzahl tatsächlich durchgeführter Suizidbeihilfen ist bei diesen Patienten zwar derzeit noch gering und dürfte bei 2–5 Fällen im Jahr liegen [12]. Da aber die Häufigkeit von Euthanasie und Suizidbeihilfe in den Niederlanden der jüngsten Verlaufsuntersuchung zufolge in den letzten Jahren weiter zugenommen hat [23], ist damit zu rechnen, daß auch die „Nachfrage“ psychiatrischer Patienten entsprechend steigen wird. Um so wichtiger wird es, sich die besondere Problematik des assistierten Suizids bei seelischem Leiden zu vergegenwärtigen.

Die Problematik der Suizidbeihilfe in der Psychiatrie

Wer darf sich töten? – Das Dilemma der „Indikation“

Für den Psychiater stellt sich die Problematik des assistierten Suizids in besonderer Form. Schon sein Wissen, daß Suizidwünsche in aller Regel keiner kompetenten Entscheidung entspringen, sondern meist vorübergehendes Symptom eines Krankheitszustandes sind, bringt ein zweifaches Dilemma mit sich: Kann eine Beeinträchtigung oder Aufhebung der freien Willensbestimmung mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen werden? Und falls ja, ist die Suizidabsicht des Patienten auch wirklich konstant und unverrückbar, oder könnte er im Lauf der Zeit bzw. nach entsprechender Behandlung doch wieder von ihr Abstand nehmen? Welche Zeiträume sollen hier gelten?

Dieses Dilemma stellt sich bereits unter den jetzigen Bedingungen, etwa bei der Frage des längeren Freiheitsentzuges anhaltend suizidaler Patienten mit dem Ziel der Suizidverhütung. Fällt hier die Entscheidung, den Suizid nicht um jeden Preis zu verhindern, bereits schwer genug, so müßte die „hinreichende Sicherheit“ der Beurteilung und Prognose für eine Entscheidung zur Suizidbeihilfe, also zum sicheren Suizid, noch ungleich höher sein. Ein Psychiater, der – wie bereits jetzt im australischen North Territory oder in den

Niederlanden [4, 14] – durch eine konsiliarische Untersuchung die Voraussetzungen für eine solche ärztliche Maßnahme zu prüfen hätte, würde daher eine schwere Verantwortung auf sich nehmen.

Dabei hat es der Psychiater aber mit Erkrankungen zu tun, deren individuelle Bewältigung noch viel größeren Spielräumen unterliegt und deren Diagnose, Verlauf und Prognose ungleich schwerer zu beurteilen sind als bei körperlichen Krankheiten. Die Aufklärung des Patienten über seine Prognose und Behandlungsmöglichkeiten, wie sie zu den Richtlinien freiwilliger Euthanasie in den Niederlanden gehört, wird daher immer eine vorläufige, vorbehaltliche bleiben müssen. Vor allem aber verläuft keine psychische Erkrankung – von den organischen Psychosen einmal abgesehen – ohne Zutun des Menschen tödlich. Durch den Suizid wird nicht ein unausweichlich zum Tod führender Prozeß abgekürzt, sondern der in vitaler Hinsicht gesunde Lebensfaden abgeschnitten. Daraus ergibt sich die besondere Schwere der psychiatrischen Verantwortung. Es geht nicht um Wochen oder Monate am Lebensende, sondern um viele Lebensjahre, die – auch wenn dies nicht utilitaristisch gegeneinander aufzurechnen ist – gegen die noch bevorstehende, aber womöglich begrenzte Leidenszeit abzuwägen sind.

Suizidalität als Dilemma der Arzt-Patienten-Beziehung

Die Verantwortung des Psychiaters wird schließlich noch dadurch kompliziert, daß die Interaktion zwischen ihm und dem Patienten immer von der grundsätzlichen Möglichkeit des Suizids geprägt und überschattet ist. Die komplexe Natur der Arzt-Patienten-Beziehung mit ihren Möglichkeiten des Mißverständnisses, der Übertragung und Gegenübertragung, der Manipulation und selbst der Erpressung („wenn Sie mir nicht helfen, dann muß ich es eben auf andere Weise tun...“) – all dies macht bereits unter den geltenden Umständen den Umgang mit Suizidalität zu einer Gratwanderung. Es ist schwer zu sehen, wie eine therapeutische Beziehung mit der Möglichkeit zu vereinbaren wäre, daß der jetzt anscheinend noch alles für mein Leben einsetzende Psychiater eine Kehrtwendung vollzie-

hen und auf meine Suizidabsichten einschwenken könnte. Die Kommunikation mit dem suizidalen Patienten wäre von vorneherein auf einen Widerspruch aufgebaut. Nur eine eindeutige Haltung des Psychiaters zum Suizid, auch wenn sie der Intention des Patienten zuwiderläuft, kann der Beziehung zu ihm die Sicherheit geben, die die Möglichkeit einer Neuorientierung offen hält.

Der psychiatrische Patient kann so in seinen Todeswunsch verstrickt sein, daß kein therapeutischer Weg mehr an ihm vorbei führt. Dann bleibt als einzige Möglichkeit, durch einen therapeutischen Pakt wenigstens einen Aufschub der Suizidintention für einen gewissen Zeitraum zu erreichen. Ein solcher Pakt hat aber nur dann ernsthaften Charakter, wenn wenigstens einer der Beteiligten eine Zustimmung zum Suizid, die der therapeutischen Zielsetzung diametral entgegengesetzt ist, eindeutig ausschließt. Wird die Behandlung zur formalen Bedingung einer schließlichen Suizidbeihilfe – sei es durch den behandelnden Psychiater selbst oder durch einen Kollegen – so fehlt ihr die letzte und entscheidende Glaubwürdigkeit. Die Verweigerung einer möglichen Therapie ist grundsätzlich das Recht auch des psychiatrischen Patienten; wenn daraus aber schließlich das Recht zum assistierten Suizid folgen würde, wäre der Behandlungsposition des Psychiaters von vorneherein der Boden entzogen.

Auch im Fall von Dr. Chabot wird erkennbar, daß seine Patientin ihn in eine Pattsituation gebracht hatte. Eine Behandlung wäre an sich nicht aussichtslos, aber sie wird es, weil die Patientin nicht zu ihr bereit ist. Durfte der Psychiater sich dennoch ihrem Willen beugen, um Schlimmeres zu verhüten? Kann er sich darauf berufen, er habe ihr aus Menschlichkeit Suizidbeihilfe geleistet, statt ihr nur freundlich die Tür zu weisen, um sie den Tod auf andere Weise suchen zu lassen?

Der Psychiater als Repäsentant der Hoffnung

Betrachten wird die besondere Verantwortung des Psychiaters noch genauer. Unter den medizinischen Professionen hat gerade er die Aufgabe der Vorbeugung und Verhütung des Suizids. Poin-

tiert könnte man sagen: so wie alles Handeln des Arztes letztlich den lebensfeindlichen und -zerstörenden Tendenzen im Bereich des Organismus und seiner biologischen Umwelt entgegengerichtet ist, so arbeitet alles Handeln des Psychiaters den lebensfeindlichen und -zerstörenden Tendenzen innerhalb der menschlichen Seele und ihrem Umkreis entgegen. Der Suizid aber ist der endgültige Sieg dieser Tendenzen. Mehr noch als der Arzt, für den der biologische Tod leicht zum Feind werden kann, dem er am Ende doch das Feld räumen muß, ist daher der Psychiater geneigt, den Suizid als seinen größten Feind und dessen Erfolg als seine größte Niederlage anzusehen.

Freilich gehört zu einer menschlichen Haltung die Einsicht, daß Psychiater weder allwissend sind noch das Recht haben, die Freiheit ihrer Patienten beliebig einzuschränken, um den Suizid zu verhindern. Und doch weist das Gefühl tiefster Betroffenheit und Niederlage, das der Psychiater gegenüber dem Suizid empfindet, auf den wesentlichen Unterschied zu dem Tod hin, dem der Arzt sonst begegnet. Wir alle müssen sterben; doch keinem ist in die Wiege gelegt, daß er sich einmal das Leben nehmen wird. Der biologische Tod ist eine Naturnotwendigkeit; der Suizid hingegen hat überhaupt nichts Notwendiges an sich. Er ist weder ein biologisches Geschehen noch ein Reflex, sondern eine menschliche Handlung. Mehr noch: er ist eine Handlung, die eine entwertende Stellungnahme zur eigenen Person, zur mitmenschlichen Gemeinschaft und zum eigenen Leben impliziert. Sie besagt: Es gibt nichts mehr, das „sich lohnt“, das für mich noch Geltung und Bestand hätte. Daher bedeutet der Suizid nicht bloß einen vorzeitigen Abschluß des Lebens, sondern den inneren Akt der endgültigen Trennung von den Mitmenschen. Er ist das Sterben in der äußersten Einsamkeit.

In der Begegnung mit dem suizidalen Patienten und mit seiner Behandlung hat der Psychiater die Aufgabe übernommen, durch seine Person dem Patienten den Wert seiner selbst wieder erfahrbar werden zu lassen, mit ihm einen Weg zurück in die Gemeinschaft zu finden. Der Psychiater ist derjenige, der den Funken Hoffnung in jedem Leben zu suchen verpflichtet ist, selbst wenn er nicht mehr sichtbar sein sollte. Er

wird das Scheitern dieses Versuchs immer auch als Verfehlung seiner lebensentscheidenden Begegnung, als eigenes Scheitern erfahren. Als Psychiater dem Suizid zuzustimmen heißt deshalb viel mehr, ja es heißt etwas ganz anderes als dem Eintritt des bevorstehenden biologischen Todes zuzustimmen oder sogar nachzuhelfen. Es bedeutet die Anerkennung, daß das „Prinzip Hoffnung“ selbst gescheitert ist; die Anerkennung des Zerbrechens der Gemeinschaft des Patienten und seiner Mitwelt. Die Anwesenheit seines Arztes beim Suizid ändert nichts am grundsätzlichen Charakter dieser Trennung, im Gegenteil: sie bekräftigt sie noch.

Der Psychiater ist für den suizidalen Patienten der letzte Repräsentant des Lebens und der Gemeinschaft. Er kann nach langer und intensiver Bekanntschaft mit dem Patienten zu dem Schluß kommen, daß er dessen Suizid auf die Dauer nicht wird verhindern können; und das heißt, daß er ihn auch nicht mehr mit allen Mitteln – etwa einem dauerhaften Freiheitsentzug – verhindern darf. Aber auch dann bleibt er doch immer bereit, dem Patienten im Falle eines Gesinnungswandels wieder weiterzuhelfen. Er reicht ihm die Hand hin, solange der Patient lebt, auch wenn dieser sie nicht mehr ergreifen kann und will. Verhilft der Psychiater ihm aber zum Suizid, so hat auch er, der letzte Anwalt der Lebensbejahung, damit diese Hand endgültig zurückgezogen – auch wenn er ihm als letzte Gabe die andere Hand mit dem Gift reicht.

Schlußfolgerungen

Der Fall Chabot kann als Markstein einer Entwicklung angesehen werden, die den assistierten Suizid in den kommenden Jahren ins Zentrum der Diskussion um das selbstbestimmte Sterben in der Medizin rücken wird. Auch wenn man diese Entwicklung nicht begrüßt, ist u.E. einzuräumen, daß die Suizidbeihilfe der aktiven Euthanasie, also der vom Arzt mit eigener Hand ausgeführten Tötung nicht ohne weiteres moralisch gleichgesetzt werden kann. Doch darf dies nicht verkennen lassen, daß mit einer Anerkennung des ärztlich assistierten Suizids als möglicher Option und Anrecht des Patienten grundsätzlich

die gleichen Gefahren verbunden sind wie bei der aktiven Euthanasie. Darüber hinaus rückt diese Option auch psychisch bedingtes Leiden in den Bereich akzeptabler Gründe für eine reguläre vorzeitige Lebensbeendigung. Die Antwort des Arztes auf Todeswünsche gleich welcher Ursache darf daher weder die Tötung noch die Beihilfe zur Selbsttötung sein.

Für den Psychiater bedeutet gerade die Beihilfe zum Suizid viel mehr als die Lebensverkürzung beim Sterbenden: es heißt für ihn anzuerkennen, daß die Beziehung zu einem Menschen gescheitert ist, dessen Hoffnung und Zukunft er gerade als Psychiater eigentlich zu suchen und zu repräsentieren verpflichtet wäre. Weil diese Verpflichtung das Leben in seinem personalen Wert selbst betrifft, reicht sie weiter als sonst beim Arzt, der gegenüber dem biologischen Leben nicht zu den letzten Rettungsmitteln greifen muß, wenn diese den Patienten voraussichtlich mehr belasten als sie ihm nützen. Denn die bloße Dauer des Lebens ist für seine Erfüllung nicht maßgeblich. Der frühere Tod kann dem Leben selbst nichts anhaben. Anders der Suizid: in ihm kann sich das Leben niemals erfüllen, denn in ihm scheitert die mitmenschliche Gemeinschaft. Aber auch *erst* in ihm; davor gibt es kein Scheitern, sondern die Hoffnung. Der Patient kann und darf sie aufgeben; der Psychiater darf es nicht.

Literatur

1. Ackeren M van (1994) **Tödliche Giftdosis für „seelische Qualen.“** Dtsch Ärztebl 91:B-1573
2. Baile WF, DiMaggio JR, Schapira DV, Janovsky JS (1993) **The request for assistance in dying. The need for psychiatric consultation.** Cancer 72:2786–91
3. Battin MP (1992) **Assisted suicide: can we learn from Germany?** Hastings Center Report 22:44–51
4. Block SD, Billings JA (1995) **Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness: the role of the psychiatrist.** Psychosomatics 36:445–457
5. Conwell Y, Caine ED (1991) **Rational suicide and the right to die.** Reality and myth. N Engl J Med 325, 1100–1103
6. Deutscher Ärztetag (1995) **Erklärung zur aktiven Sterbehilfe.** Dtsch Ärztebl 92:B-1243–1244; 99. Deutscher Ärztetag (1996). Erklärung zur Euthanasie. Münchn Ärztl Anzeigen 30, 13
7. Diekstra RFW (1996) **Sterben in Würde: Über das Für und Wider der Beihilfe zum Suizid.** In: Anschutz F, Wedler H-L (Hrsg) Suizidprävention und Sterbehilfe. Ullstein Mosby, Berlin Wiesbaden, S 179–206
8. Fuchs T (1997) **Was heißt „töten“ die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie.** Z Eth Med (im Druck)
9. Fuchs T, Lauter H (1997) **Euthanasie: Kein Recht auf Tötung.** Dtsch Ärzteblatt 94, A-220–224
10. Gevers S (1995) **Physician assisted suicide: new developments in the Netherlands.** Bioethics 9:309–312
11. Griffiths J (1995) **Assisted suicide in the Netherlands: the Chabot case.** In: The modern law review limited. Blackwell, Oxford and Cambridge, p. 232–248
12. Groenewoud JH, van der Maas PJ, et al. (1997) **Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands.** N Engl J Med 336, 1795–1801
13. Helme T (1993) **„A special defense“: A psychiatric approach to formalising euthanasia.** Brit J Psychiat 163, 456–466
14. Huysse FJ, van Tilburg W v (1993) **Euthanasia policy in the Netherlands: the role of Consultation-Liaison Psychiatrists.** Hosp Comm Psychiat 44:733–738
15. Klotzko AJ (1995) **Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot discuss assisted suicide in the absence of somatic illness.** Cambridge Q Healthcare Ethics 4:239–249
16. Lee M, Nelson HD, Tilden VP, et al. (1996) **Legalizing assisted suicide – views of physicians in Oregon.** N Engl J Med 334:310–315
17. Ogilvie AD, Potts SG (1994) **Assisted suicide for depression: the slippery slope in action?** Br Med J 309:492–493
18. Otto H (1986) **Das Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung.** Gutachten für den 56. Deutschen Juristentag. Beck, München
19. Ryan CJ, Kaye M (1996) **Sounding board: euthanasia in Australia – the Northern Territory Rights of the Terminally Ill Act.** N Engl J Med 334:326–328
20. Stewart G (1996) **Erster legaler Fall von Sterbehilfe in Australien.** Süddeutsche Zeitung Nr. 224/27.09.1996
21. Wachter MAM de (1992) **Euthanasia in the Netherlands.** Hastings Center Report 22:23–30
22. Van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN (1991) **Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life.** Lancet II: 669–674
23. Van der Maas PJ, van der Waal G, et al. (1996) **Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995.** N Engl J Med 335, 1699–1705