

## «Im Zweifelsfall muss man sich für das Leben entscheiden»

### Der Psychiater Armin von Gunten hält Suizidhilfe bei Demenz unter strikten Bedingungen für vertretbar

Laut Medienberichten hat eine demenzkranke Frau in den Niederlanden aktive Sterbehilfe gewünscht, sich dann aber gegen die Todesspritze gewehrt – und wurde trotzdem getötet. Wie beurteilen Sie den Fall?

Ich kenne den Fall auch nur aus den Medien, wie das im Detail war, weiss ich nicht. Grundsätzlich ist es aber schon möglich, dass der Sterbewille lange relativ klar ist, der Patient sich aber im Moment der definitiven Entscheidung überfordert fühlt. Denn demenzkranke Menschen reagieren stark aufs Umfeld, positiv wie negativ. Falls es aber tatsächlich so gewesen ist, dass die Betroffene ihre Ablehnung kundtat, ist das natürlich sehr problematisch.

Die Frau soll sich nonverbal gegen die tödliche Injektion gewehrt haben. Lassen sich körperliche Signale zuverlässig als Willensäusserungen interpretieren?

Rechtlich ist es in der Schweiz ausgeschlossen, dass sich jemand gegen Suizidhilfe wehrt und trotzdem getötet wird. Denn hierzulande ist Suizidhilfe nur erlaubt, wenn der Betroffene den Tötungsakt selber vollzieht, also den Todestrank einnimmt oder den Injektionshahn öffnet. Grundsätzlich sind aber auch verbale Äusserungen interpretationsbedürftig. Worte sind kein Garant dafür, dass sie auch tatsächlich die Intention des Patienten abbilden. Insofern sind nonverbale Äusserungen nicht unbedingt schlechtere Zeichen für den affektiven Zustand des Patienten – zumal das emotionale Erleben bei Demenz häufig länger erhalten bleibt als die kognitiven Kompetenzen.

Um urteilsfähig zu sein, sind also Emotionen unabdingbar?

Ja. Entscheidungen werden nie allein auf der kognitiven Basis getroffen, das affektive Vermögen spielt ebenfalls eine zentrale Rolle. Auch wenn das Kognitive eingeschränkt ist, kann ich immer noch meine Art und Weise, in der Welt zu sein, meine persönliche Werthaltung zum Ausdruck bringen.

Kann ich trotz kognitiven Störungen wissen, dass ich mit Suizidhilfe sterben will?

Ich denke schon, wobei es immer darauf ankommt, in welchem Stadium der Demenz man über das Sterben spricht. Eine beginnende Demenz und eine fortgeschrittene Demenz sind wie zwei unterschiedliche Krankheiten. Bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz ist Suizidhilfe kaum möglich.

Weshalb?

Momentane Gemütsstimmungen sind nicht unbedingt Ausdruck eines Willens zum Sterben. Es sind Oberflächenbewegungen, deren Tektonik man nicht kennt. Vielleicht will der Patient den Suizid wirklich, weiss aber im Moment nicht mehr, worum es geht. Der Ausdruck des Patienten widerspiegelt dann nicht unbedingt das, was er eigentlich wollte. Ich plädiere deshalb für eine vorsichtige Haltung. Im Zweifelsfall muss man sich für das Leben entscheiden.

Damit es klar ist, muss man also entscheiden, bevor die Situation unerträglich wird.

Das ist das grosse Dilemma. Mit den sogenannten Vorausverfügungen («directives anticipées») hatte ich immer Probleme. Das Gesetz respektiert die Verfügung, sofern die kognitiven Kapazitäten intakt sind, ignoriert aber eine spätere affektive Präferenz. Damit meine ich eine Stimmung, die es mir erlaubt zu fühlen, welche Entscheidung besser zu mir passt. Selbstverständlich sollten jedoch die Betroffenen ihre Meinung ändern können. Was in der Verfügung steht, darf nicht absolut gelten.

Im Fall von Demenz gewähren die Sterbehilfeorganisationen nur im Frühstadium Suizidhilfe. Woran erkennt man, dass der Zeitpunkt dafür vorbei ist?

Es gibt keinen Umschlagpunkt. Meistens sind es kontinuierliche Veränderungen. Die Stadien leicht, mittel und schwer lassen sich deshalb nicht auf den Tag genau und nicht mit Sicherheit bestimmen. Meines Erachtens sollte man deshalb die Frage der Suizidhilfe nicht ausschliesslich vom Stadium abhängig machen. Auch bei mittelschwerer Demenz kann Exit im seltenen Fall eine Option sein.

Hatten Sie schon solche Fälle?

Eine Person mit mittelschwerer Demenz sagte während Jahren, irgendwann sei es ihr zu viel. Wir evaluierten ihren Willen immer wieder von neuem, schliesslich starb sie mit Exit. Ihr Wille war konsistent und Ausdruck ihrer persönlichen Wertehaltung.

Was, wenn der Patient schwankt?

Dann soll man abbrechen. Wenn er sagt, das Leben sei doch nicht so schlecht, hat er keinen klaren Todeswunsch.

Welche Rolle spielt das Umfeld?

Unter Umständen eine grosse. Problematisch sind die Projektionen. Sie kommen zum Ausdruck in Sätzen oder nonverbalen Äusserungen wie «Wäre ich in deiner Situation, wäre ich lieber tot». Auch das Angebot von Exit schafft Druck. Es umfasst das Konträre, also sich zu töten, wenn man nichts mehr wert ist. Solche Informationen sind nicht unbedingt beabsichtigt, sie werden aber je nachdem so verstanden. Wir müssen uns bewusst sein: Als Angehörige, Professionelle und als Gesellschaft bringen wir unser Weltbild ein, das den Patienten oder die Patientin unter Druck setzen kann.

Interview: Dorothee Vögeli