

SWR2 Wissen

Sterbehilfe für psychisch kranke Menschen

Belgiens umstrittenes Gesetz

Von Anne Kleinknecht

Sendung: Donnerstag, 10. September 2020, 19:20 Uhr

Redaktion: Vera Kern

Regie: Autorenproduktion

Produktion: BR 2020

Wie sollen Psychiater entscheiden, ob Patienten tatsächlich „austherapiert“ sind? Die Option zu aktiver Sterbehilfe für psychisch kranke Menschen wirft in Belgien viele Fragen auf.

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter www.SWR2.de und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-wissen-podcast-102.xml>

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de

Die SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...
Kostenlos herunterladen: www.swr2.de/app

MANUSKRIFT

Musik

Sprecherin:

Helfen Sie mir zu sterben! Alles beginnt mit dieser schlichten Bitte einer Patientin – in Belgien, in den Niederlanden oder in Luxemburg. In diesen drei europäischen Ländern können unheilbar Kranke um aktive Sterbehilfe bitten. Und Ärzte dürfen ein tödliches Mittel verabreichen – sogar Patienten mit psychischen Leiden wie Depressionen, Schizophrenie, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Demenz. Diese aktive Sterbehilfe ist zwar in Deutschland verboten, die Hilfe zum Suizid ist aber inzwischen legal. Das heißt, Ärztinnen dürfen Patienten ein tödliches Medikament beschaffen. Aber gilt das auch für psychisch kranke Menschen? Was in Deutschland für viele noch undenkbar ist, ist in Belgien und den Niederlanden mittlerweile fast schon Alltag: Seit die Gesetze in Kraft getreten sind, ist die Zahl der Sterbehilfe-Fälle dort in die Höhe geschossen. Doch die Kritik daran bleibt groß.

Ansage: Sterbehilfe für psychisch kranke Menschen – Belgiens umstrittenes Gesetz. Von Anne Kleinknecht.

Musik

O-Ton Amy:

I've spend my time in 36 different beds. I have been in Flanders from one psychiatric ward to another, and then another and another and another. They gave me a lot of diagnosis. For example, generalized anxiety disorder, depression... I was in isolation a lot when I was a minor. I was fixated for several days, weeks. So I didn't have a lot of contact. The five years in psychiatry were to me extremely traumatizing. And that's also one of the reasons that I wanted to ask for euthanasia.

Over Voice:

Ich habe mein Leben in 36 verschiedenen Krankbetten verbracht. Ich bin in Flandern von einer psychiatrischen Station zur nächsten gewandert. Dabei haben sie die verschiedensten Krankheiten diagnostiziert: allgemeine Angststörung zum Beispiel oder Depression. Als Minderjährige war ich viel in Isolation, wurde festgebunden – über Tage und Wochen... Ich hatte wenig Kontakt zur Außenwelt. Die fünf Jahre in der Psychiatrie waren extrem traumatisierend für mich und mit ein Grund dafür, um Sterbehilfe zu bitten.

Sprecherin:

Amy de Schutters Fall zeigt, dass es beim Thema Sterbehilfe für psychisch kranke Patienten keine einfachen Wahrheiten gibt. Sie ist 14 als sie sich zum ersten Mal das Leben nehmen will. Die junge Belgierin steckt damals in einer schweren Krise. Sie bräuchte dringend einen Platz in einer psychiatrischen Kinder- und Jugendklinik. Doch den gibt es nicht. Wartezeit: ein Jahr.

O-Ton Amy:

Then they put me at adult psychiatry. The first thing that I saw, was a woman coming to me and she showed her scar going from just below her mouth until complete down her heart and told me that she drank some acid. A kid shouldn't see this type of things, shouldn't hear this type of things...

Over Voice:

Dann haben sie mich in die Erwachsenen-Psychiatrie gesteckt. Das erste was ich sah, war eine Frau, die mir ihre Narbe zeigte. Die ging vom Mund hinunter bis zu ihrem Herzen. Sie erzählte mir auch, dass sie Gift getrunken hat. Ein Kind sollte solche Dinge nicht sehen oder hören.

Sprecherin:

Mit 19 dann der Befreiungsschlag: Amy de Schutter wird entlassen und beschließt, sich nie wieder einem Psychiater anzuvertrauen. Die junge Frau holt ihr Abitur nach, studiert Biophysik. Unter schwersten Bedingungen, denn: Auch in dieser Zeit versucht sie dutzende Male, sich das Leben zu nehmen. Bis ihre Hausärztin sie mit Anfang 30 fragt, ob sie Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte. Denn danach dürfen Patientinnen wie Amy de Schutter ihre Ärzte in Belgien fragen. Der Antrag geht durch. Sie dürfte ihre Ärztin nun jederzeit um eine tödliche Spritze bitten.

O-Ton Amy:

Well, it felt really good. Like, big weights fell from my shoulders. Which is strange to comprehend, I guess. And a couple of months ago, I realized that when I received the positive advices... and if we will look at that period of time, it's literally the longest period of time that I didn't make suicide plans ... from when I was 12 years old.

Over Voice:

Das fühlte sich richtig gut an; mir fiel eine große Last von den Schultern. Es ist wahrscheinlich schwer zu verstehen, aber: Seit ich den positiven Sterbehilfe-Bescheid bekommen habe, schmiede ich keine Pläne mehr, wie ich mir das Leben nehmen könnte. Das ist die längste suizid-freie Zeit seit meinem zwölften Lebensjahr.

Musik

Sprecherin:

Wie sich die heute 34-Jährige entscheiden wird, wissen wir nicht. Klar ist nur, wie sie sich entscheiden könnte. Nämlich für die Euthanasie – so nennt man in Belgien die Tötung auf Verlangen. Belgische Ärztinnen können Patienten straffrei ein tödliches Mittel verabreichen. Auch – und das wissen viele nicht – wenn die Betroffenen psychisch krank sind. Sprich: Wenn sie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und sogar, wenn sie Demenz haben. Für all diese Patientengruppen gilt ein- und dasselbe Gesetz. Und das sorgt seit Jahren für heftige Diskussionen.

Professor Kenneth Chambaere kennt den Text genau. Der Soziologe forscht an zwei belgischen Universitäten zum Thema Palliativmedizin und Sterbehilfe.

O-Ton Kenneth Chambaere:

The central criterion is the request of the patient. So it needs to be well considered, it needs to be repeated. It needs to be free of external pressure, that's also an important one. The patient should also be competent. So that's also an important aspect for people with psychiatric disorders. If that criterion is not fulfilled then all the rest is not debatable at all, and it wouldn't amount to euthanasia.

Over Voice:

Das zentrale Kriterium ist die Anfrage des Patienten. Diese Anfrage muss wohl überlegt sein und mehrmals geäußert werden. Sie darf nicht auf äußeren Druck hin zustande kommen. Und der Patient muss zurechnungsfähig sein. Das ist ganz wichtig, gerade im Hinblick auf Patienten mit psychischen Krankheiten. Wenn dieses Kriterium nicht erfüllt ist, ist auch der Rest indiskutabel. Dann führt das Verfahren nicht zur Sterbehilfe.

Sprecherin:

Ob all diese Kriterien tatsächlich erfüllt sind, überprüfen zwei Mediziner. Bei einer psychischen Erkrankung muss zusätzlich eine Psychiaterin oder ein Experte für die Erkrankung hinzugezogen werden. Sie müssen unter anderem klären, wie sehr eine Patientin tatsächlich leidet. Kenneth Chambaere:

O-Ton Kenneth Chambaere:

The unbearable suffering can be physical suffering, but can also be psychological or existential suffering. And underlying that suffering there has to be the link with this medical condition. The medical condition itself has to be incurable. So not necessarily terminal, and that's a big, big difference, but does have to be incurable and without prospect of improvement...

Over Voice:

Das unerträgliche Leiden kann körperlich, psychisch oder existenziell sein. Und es muss durch eine unheilbare Krankheit verursacht sein. Die Krankheit muss nicht tödlich sein. Und das ist ein sehr, sehr großer Unterschied. Sie muss unheilbar und ohne Aussicht auf Verbesserung sein.

Sprecherin:

Seit das Gesetz in Belgien in Kraft ist, ist die Zahl der Patienten, die Sterbehilfe in Anspruch nehmen, konstant gestiegen. 2003 haben Ärzte 260 Patienten ein tödliches Mittel verabreicht; 2019 waren es mehr als zehnmals so viele Patienten, nämlich über 2.600.

Die Zahl der getöteten psychisch kranken Patienten lag zuletzt bei knapp 50 pro Jahr. Hinzu kommen hunderte Betroffene, die körperliche und geistige Leiden als Grund für ihren Wunsch nach aktiver Sterbehilfe angeben.

Die Zahlen sorgen weltweit für Entsetzen bei Medizinerinnen und Ethikern. Und auch in Belgien nimmt die Diskussion um das Gesetz Fahrt auf. Während Befürworter die Selbstbestimmung der Betroffenen in den Vordergrund stellen, befürchten Kritikerinnen einen Schneeballeffekt. Sogar die Justiz befasst sich mit der Frage, ob

Mediziner psychisch kranken Patienten allzu großzügig Sterbehilfe zugestehen. Im Frühjahr 2020 wurden drei Ärzte freigesprochen, die einer Autistin kurz nach der Diagnose Sterbehilfe gewährt hatten. Dabei war die 38-Jährige noch nicht mal in Behandlung und hatte zu dem Zeitpunkt Liebeskummer. Doch wie sollen Ärztinnen das unerträgliche psychische Leiden beurteilen? Und: Sind diese Patienten wirklich alle „austherapiert“? Mit diesen Fragen lässt der Gesetzgeber Ärztinnen und Ärzte allein.

Musik

Sprecherin:

Aber der Reihe nach:

Die erste schwere Entscheidung, die Mediziner treffen müssen ist die, ob ein Patient urteilsfähig ist und ob ihm überhaupt bewusst ist, was er tut. Das klingt einleuchtend. Aber schon bei diesem Punkt zeichnen sich große Konflikte ab: Zwischen denen, die sagen: Es gibt immer Momente, in denen man urteilsfähig ist und denen, die genau das bezweifeln. Die Patientin Amy de Schutter ist sich ihrer Sache jedenfalls sehr sicher.

O-Ton Amy:

I'm well aware of what I'm asking. I don't think you could say that I don't understand what I'm asking. I don't think you could say that I don't understand the diseases and the traumas. I don't think anybody could say: yeah, but she doesn't know what she's saying.

Over Voice:

Ich bin mir sehr wohl bewusst, wofür ich bitte. Ich denke, man kann nicht behaupten, ich würde nicht verstehen, wofür ich bitte. Man kann nicht sagen, dass ich die Krankheit und die Traumata nicht verstehe. Niemand kann sagen: Sie weiß nicht, was sie da sagt.

Sprecherin:

Doch was für die Patientin auf der Hand liegt, bereitet vielen Ärzten Kopfzerbrechen, sagt der belgische Forscher Kenneth Chambaere:

O-Ton Kenneth Chambaere:

Especially because the wish to die can be a symptom of, for instance, a person with long standing clinical depression. And is, as such, manageable and can go away fairly quickly if you get the correct medication. It's a different thing if this is something more overarching and more detached from the depression itself, but it's more an overarching assessment by the patient self or herself, that life is not worth living and there's no prospect of improvement... So getting the difference between that clear I think is also important: So to what extent can we judge the competence of this patient? To what extent is it a symptom of their disorder? To which extent is it well considered and consistent over time?

Over Voice:

Der Sterbewunsch kann ja auch ein Krankheitssymptom sein – zum Beispiel bei einer langanhaltenden Depression. Das könnte man durch die richtige medizinische Behandlung in den Griff kriegen. Etwas völlig anderes ist es, wenn ein Patient unabhängig von einer Depression den Eindruck hat, dass das Leben nicht mehr lebenswert ist, dass es keine Aussicht auf Verbesserung gibt. Es ist wichtig, diesen Unterschied zu machen. Ist der Patient zurechnungsfähig? Ist der Sterbewunsch ein Symptom seiner Krankheit? Und hält dieser Sterbewunsch an?

Sprecherin:

Nicht jeder Ärztin fällt es leicht, diese Fragen zu beantworten. Auch Sabine Wauthier nicht. Sie ist Psychiaterin und Psychotherapeutin in der Nähe von Lüttich und hat schon viele Patienten mit Sterbewunsch begleitet. Die meisten kommen mehrmals zur Beratung und offenbaren in den Gesprächen viel von ihrem Leben:

O-Ton Sabine Wauthier:

Parfois ils ont vu des thérapeutes avant moi pendant des années. Mais ils me font un condensé résumé de leur vie. Et je trouve que c'est un acte aussi de confiance et d'humilité aussi. Ils viennent me déposer ça pour me faire bien comprendre que je puisse être vraiment à la pointe de la compréhension pour accéder à la demande.

Over Voice:

Manchmal sind sie bereits jahrelang zu Therapeuten gegangen. Im Gespräch mit mir fassen sie mir ihr ganzes Leben zusammen. Ich empfinde das als einen Akt des Vertrauens und der Demut. Sie tragen das vor, damit ich ihre Beweggründe wirklich verstehe.

Sprecherin:

Doch nicht alle Patienten sind überhaupt in Therapie, wenn sie ihren Sterbewunsch äußern. Die klinische Psychologin Ariane Bazan fragt sich, wie wohl überlegt so ein Sterbewunsch überhaupt sein kann. Sie ist Professorin an der Freien Universität Brüssel.

O-Ton Ariane Bazan:

L'idée, c'est que le souhait de vie, l'envie de vivre se décide tout seul comme ça. Que quelqu'un peut, en âme et conscience, prendre le pouls de soi-même et essayer de sentir chez soi-même: est-ce que j'ai envie de vivre? Ce qu'on voit quand même, c'est que des gens qui n'ont pas du tout envie de vivre et qui sont certains qu'ils veulent mourir et qui, par accident ou par chance ou par insistance, changent de contexte de vie: tout d'un coup, changent aussi d'envie de vivre.

Over Voice:

Die Idee ist, dass man einfach so über einen Sterbewunsch entscheidet. Dass sich jemand nach bestem Wissen und Gewissen selbst den Puls fühlt und versucht herauszufinden: Habe ich Lust zu leben? Aber man stellt doch immer wieder fest, dass Menschen, die ganz sicher sind, sterben zu wollen, plötzlich ihre Meinung ändern, weil sich die Umstände geändert haben. Und dann ändert sich auch ihre Lebenseinstellung.

Sprecherin:

Und so teilen sich die Psychiater in zwei Lager: Die, die immer einen Hoffnungsschimmer sehen und die, die ihren Patienten glauben, dass es irgendwann einfach genug ist. Beide entscheiden in Belgien über Leben und Tod.

Musik

Sprecherin:

Belgische Ärztinnen und Ärzte streiten nicht nur darüber, wie wohl überlegt ein Sterbewunsch ist; auch die Frage nach der „medizinisch ausgeweglosen Lage“ sorgt für Kontroversen. Im Gesetz ist nüchtern formuliert:

Zitator:

„Der Patient muss sich in einer medizinisch ausgeweglosen Situation befinden, in der ein anhaltendes, unerträgliches physisches oder psychisches Leid besteht, das durch einen Unfall oder eine schwere und unheilbare Krankheit verursacht ist und nicht gelindert werden kann.“

Sprecherin:

Medizinisch ausgeweglose Lage? Unheilbare Krankheit? Die Kriterien klingen nachvollziehbar bei Krebs im Endstadium. Doch Autismus, Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen sind keine tödlichen Krankheiten. Ist der Gesetzgeber hier völlig über das Ziel hinausgeschossen? Befragungen haben gezeigt, dass viele Mediziner sehr unsicher bei der Einschätzung sind. Kenneth Chambaere:

O-Ton Kenneth Chambaere:

We have some quantitative data that shows that what is most difficult for psychiatrists is judging the condition. So judging the incurability of the condition, and whether there are prospects of improvement... And so the guidelines that have been developed, give some kind of hold for the psychiatrist.

Over Voice:

Wir haben Ärzte gefragt und festgestellt: Vielen Psychiatern fällt es schwer zu entscheiden, ob eine Krankheit unheilbar ist und ob es Aussichten auf Verbesserung gibt. Deshalb hat man Leitlinien entwickelt, um den Medizinern Anhaltspunkte zu geben.

Sprecherin:

Mittlerweile haben mehrere Organisationen solche Leitlinien verfasst. Die Vereinigung flämischer Psychiater zum Beispiel oder die Uniklinik Gent... Die Vorgaben sind nicht rechtlich bindend – sollen aber den Ärztinnen und Ärzten bei ihrer Entscheidung helfen. Einige verlangen zum Beispiel, dass Mediziner eine konkrete Diagnose stellen – noch nicht einmal das ist vom Gesetz vorgesehen. Außerdem sollen sie nachvollziehen, welche Therapien und Medikamente ein Patient schon bekommen hat und ausloten, was noch helfen könnte. Eigentlich selbstverständlich sollte man denken, aber in Belgien nicht unbedingt die Regel.

Musik

Sprecherin:

Auch deutsche Experten schauen mittlerweile kritisch nach Belgien. Denn viele Fragen, die sich Therapeutinnen in unserem Nachbarland stellen, kommen auch auf uns zu. Die Tötung auf Verlangen ist zwar nach wie vor verboten. Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht aber die Hilfe zum Suizid für legal erklärt. Das bedeutet: Jeder ist frei, sich das Leben zu nehmen und darf sich hierbei von einer Person helfen lassen. Wer einem Sterbewilligen ein tödliches Medikament beschafft, soll also künftig straffrei bleiben. Doch in welchen Fällen möchten Mediziner das tatsächlich tun? Gerade bei psychisch kranken Menschen ist diese Frage sehr schwer zu beantworten.

Christian Schmahl interessiert deshalb, nach welchen Kriterien die Belgier vorgehen wenn sie entscheiden, ob ein Patient „austherapiert“ ist. Er ist Professor für Psychosomatik und Psychotherapie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

O-Ton Christian Schmahl:

Wir wissen ja inzwischen: Therapie ist nicht gleich Therapie. Es gibt überprüfte Therapien, so wie es überprüfte Medikamente gibt, von denen wir wissen: die wirken, die wirken besser als Placebo. Und so gibt es auch Psychotherapien, die wirksam sind, die in großen Studien ihre Wirksamkeit gezeigt haben.

Sprecherin:

Christian Schmahl befürchtet, dass Ärzte die Anträge auf Sterbehilfe in Belgien zu leichtfertig unterschreiben.

O-Ton Christian Schmahl:

Und ich bin nicht sicher, ob bei allen diesen Patienten überprüft worden ist: Haben die die richtige Therapie gemacht? Waren sie lange genug bei einem gut ausgebildeten Therapeuten?

Sprecherin:

Der Experte für psychosomatische Krankheiten warnt davor, seelische Leiden vorschnell als unheilbar zu bezeichnen.

O-Ton Christian Schmahl:

Sie führen zwar zu großem Leiden und langer Behandlungsdauer. Aber die allermeisten psychischen Erkrankungen sind Episoden und vergehen teilweise von selber wieder. Oder können einer Behandlung zugeführt werden. Das heißt, das ist ein kategorialer Unterschied zu einer unheilbaren Krebserkrankung, bei der es nur noch um die Dauer des Überlebens geht. Wo aber der Tod leider ganz klar absehbar ist.

Sprecherin:

Ganz ähnlich sieht das Karl Beine. Er ist Professor für Psychiatrie und Psychotherapie und arbeitete bis zu seiner Emeritierung an der privaten Universität Witten Herdecke.

O-Ton Karl Beine:

Die Zukunft ist offen. Das gilt für alle. Und das gilt eben auch für psychisch kranke Menschen. Es wäre falsch, jemandem zu sagen: Du hast keine Chance auf Heilung. Du hast keine Chance auf Linderung. Du hast keine Chance auf Besserung. Das gibt es nach meinem Kenntnisstand, nach meiner klinischen Erfahrung – und die ist 30 und mehr Jahre – nicht.

Sprecherin:**Und er ergänzt:****O-Ton Beine:**

Das ist eine außerordentlich schwierige Angelegenheit. Jemandem zu prognostizieren, dass er ein anhaltendes und schweres Leiden hat, das nicht gelindert werden kann. Also wir erleben überraschende Erfolge und einzelne Prognosen zu stellen ist ein geradezu unmögliches Unterfangen.

*Musik***Sprecherin:**

Und was ist mit Amy de Schutter in Belgien? Heute weiß sie, dass sie vermutlich Autismus hat. Eine medizinisch ausweglose Situation? Abwägungssache: Die Krankheit ist zwar nicht heilbar, aber man kann – bei richtiger Behandlung – die Lebensqualität der Patienten verbessern, ihr Leid lindern. Bei Amy ist das über viele Jahre nicht passiert. Greift bei ihr also ein weiteres wichtiges Kriterium für Sterbehilfe in Belgien: das anhaltende, unerträgliche psychische Leiden? Wie definiert man das und vor allem: Wer übernimmt diese Aufgabe? Diese Fragen bereiten belgischen Ärzten schlaflose Nächte. Nochmal der Soziologe Kenneth Chambaere:

O-Ton Kenneth Chambaere:

... For the unbearable suffering criteria – that has been debated a lot. And in terms of: to what extent it's supposed to be an objective assessment versus something that is subjective... And then when it's subjective: whose subjective perception is used? Is it the physician's perception or is it the patient's perception? And that's open. So the law doesn't say: it has to be objective or it has to be the physician, who has this perception. And what normally happens... is that the physician relies on the patient's account of their suffering, and then decides whether or not to believe that and go along with it.

Over Voice:

Über das Kriterium „unerträgliches Leiden“ wurde sehr viel diskutiert. Muss man das Leiden objektiv oder subjektiv bewerten? Und falls man es subjektiv bewertet, wessen Perspektive zählt dann? Die des Mediziners oder die des Patienten? Das lässt das Gesetz offen... Meistens ist es so, dass der Arzt dem Patienten zuhört und dann entscheidet.

Sprecherin:

Für die Sterbehilfe musste Amy de Schutter also wieder zum Psychiater. Der Schritt kostete sie viel Überwindung, aber sie konnte überzeugen.

O-Ton Amy:

That was a feeling I always had, like: I have to convince them. One of the doctors actually after a lot of conversations he said: I think what you're telling me about your life, for example, about your traumas, what you're telling me is probably 30% or even less than what you have actually been through. And even this 30% is really heavy. And then we also had the testing for autism and also my IQ. And, he said: according to the law, if I look at what you have, then you will have my positive advice.

Over Voice:

Ich hatte immer das Gefühl: Ich muss sie überzeugen. Ein Arzt sagte nach einem langen Gespräch: Ich denke, Du erzählst mir ungefähr 30 Prozent dessen, was du durchgemacht hast im Leben, zum Beispiel deine Traumata. Und diese 30 Prozent sind sehr heftig. Dann haben wir auch noch einen Autismus-Test und einen Intelligenz-Test gemacht. Und er sagte: Wenn ich mir das Gesetz anschau und nach allem, was Du durchgemacht hast, bekommst Du von mir einen positiven Bescheid.

Sprecherin:

Die Psychiaterin Sabine Wauthier steht immer wieder vor der Frage: Wie kann man das persönliche Leid einschätzen?

O-Ton Sabine Wauthier:

On ne sait pas la mesurer et je pense qu'il ne faut pas la mesurer. On ne sait pas la mesurer parce que je pense que cette souffrance, elle tient aussi à toute une histoire. Ça tient à notre personnalité, ça tient à notre éducation. Ça tient à nos trajectoires de vie. Donc, ça tient à ce qu'on a déjà connu comme difficultés ou pas.

Over Voice:

Man kann das Leiden nicht messen und man muss es nicht messen. Man kann es nicht messen, weil es auch mit unserer Geschichte zusammenhängt: Mit unserer Persönlichkeit, mit unserer Erziehung. Mit unserem Lebensweg. Das Leiden hängt also mit Schwierigkeiten zusammen, die wir im Leben hatten oder auch nicht.

Sprecherin:

Wenn Sabine Wauthier bewerten soll, wie sehr eine Patientin leidet, vertraut sie auf ihre Berufserfahrung und darauf, was die Betroffenen schildern.

O-Ton Wauthier:

On sait bien qu'il y a des personnes qui vont être déprimées pour certaines choses et d'autres qui, par contre, passent au-dessus d'un licenciement, d'un divorce comme ça, comme des fleurs. Et vous en avez – il leur arrive quelque chose, mais ils n'ont pas eu la promotion et c'est une catastrophe. Mais ça, ça ne se décide pas. C'est lié à toute notre histoire. Et nous, psychiatres, on sait bien combien la petite enfance, la relation avec nos parents, éducateurs, etc. a de l'importance. Donc, on ne peut juger pourquoi on prend les choses d'une certaine manière ou pas.

Over Voice:

Wir wissen, dass es Menschen gibt, die wegen bestimmter Dinge trauriger sind als andere. Manche stecken eine Entlassung oder eine Scheidung einfach weg. Andere werden nicht befördert und es ist eine Katastrophe. Das hängt mit unserer Geschichte zusammen. Wir Psychiater wissen, wie wichtig die frühe Kindheit, die Beziehung zu unseren Eltern und Erziehern ist. Deswegen können wir nicht bewerten, warum Menschen manches schwerer nehmen als andere.

Sprecherin:

Genau das ist manchen Kritikern zu vage. Sie verlangen objektive Merkmale für das ganz persönliche Leiden. Kenneth Chambaere arbeitet deshalb an einem Messinstrument, das die Beschwerden erfassen soll: Ein Fragebogen.

O-Ton Chambaere:

We actually categorize them into five larger categories, which was the physical suffering, you have the psychological suffering, the existential suffering, but also social suffering. So the fact that they've been living with this psychiatric condition for such a long time, has actually kind of removed them from their social circles, from a social network. And that's just adding more and more to their suffering. We've known it in mental health research for a long time. But you can already see that coming into our euthanasia research that this is also a major factor in their suffering... therefore also a basis for the request.

Over Voice:

Wir haben fünf Kategorien aufgestellt: Dazu gehören das körperliche Leiden, das geistige, das existenzielle, aber auch das soziale Leiden. Viele Menschen mit psychischen Krankheiten haben mit der Zeit ihr soziales Umfeld verloren, ihr Netzwerk. Das verschlimmert ihr Leid umso mehr. Und wird so zu einem Grund für den Wunsch nach Sterbehilfe.

Sprecherin:

Noch ist der Fragebogen nicht fertig. Und ob er tatsächlich für die Entscheidung: „Sterbehilfe ja oder nein?“ nützlich ist, sei dahingestellt. Aber er liefert schon jetzt wichtige Hinweise auf die Leidensursachen. Und somit auch darauf, wie man das Leid lindern könnte. Der Psychiater und Psychotherapeut Karl Beine ist überzeugt:

O-Ton Karl Beine:

Linderung ist allemal möglich. Zu fast jedem Zeitpunkt einer Erkrankung. Und die Art und Weise, wie Beschwerden begriffen werden, hängt nicht nur ab vom subjektiven Empfinden des Einzelnen, sondern auch von der Erwartungshaltung der Umgebung, von harten und weniger harten Kontextfaktoren. Unter anderem davon, wieviel Respekt und Wertschätzung ich jemandem entgegenbringe, der ein solches Leiden hat. Und wie ich ihn aufkläre, in welcher Weise ich ihn ermutige, in welcher Weise ich eben Perspektiven eröffne als Arzt.

Sprecherin:

Welche Ärztin macht es nun richtig? Die, die ihrem Patienten aus Mitgefühl Sterbehilfe zugesteht? Oder die, die das Leid „mit fühlt“, ihrem Patienten aber

anbietet, es mit ihm durchzustehen? In Belgien wird diese Frage für viele Mediziner zur Zerreißprobe...

Musik

Sprecherin:

Ärzte öffnen Perspektiven sagt Karl Beine. Doch was passiert, wenn plötzlich die Perspektive „Sterbehilfe“ ins Spiel kommt? Verändert sich dann die Beziehung zwischen Patientin und Arzt? Definitiv, sagt die belgische Patientin Amy de Schutter.

O-Ton Amy:

With euthanasia I can talk with my psychologist about the date, about the funeral, everything I want. There's not a single theme that I can't talk about. You can really speak freely about what's really going on in your head. That means that for example, an autism coach can really see in your head more or less or at least more. And then they could think: okay, how can we try to find small actions that could ease that type of pain? Which is impossible if I was only able to talk with a psychologist and didn't have my euthanasia papers.

Over Voice:

Seit ich weiß, dass ich Sterbehilfe in Anspruch nehmen darf, kann ich mit meinem Psychiater über das Datum reden, die Beerdigung – über alles, was ich will. Man kann wirklich frei über alles reden, was einem durch den Kopf geht. Mein Autismus-Coach kann mehr oder weniger in meinen Kopf sehen. Und so kann er überlegen, was mein Leiden lindern könnten. Bevor ich die Sterbehilfe-Papiere hatte, war es unmöglich, diese Dinge mit meinem Psychiater zu besprechen.

Sprecherin:

Dass das Gespräch über den Sterbewunsch zu mehr Offenheit führt, kann Christian Schmahl nachvollziehen. Der Mannheimer Psychiater sagt aber auch:

O-Ton Christian Schmahl:

Inzwischen arbeiten wir in der Psychiatrie und Psychotherapie viel mit den Genesungsbegleitern, Peer Coaches, ehemals Betroffene die es selber geschafft haben, die ein Vorbild sein können. Das ist enorm hilfreich zu sehen: Jemand anderes hat's geschafft. Dem ging es ähnlich schlecht wie mir. Kann sowas nicht auch diese Freiheit eröffnen? Muss es dann gleich die Genehmigung zum Sterben sein?

Sprecherin:

Und auch die belgische Psychologin Ariane Bazan sieht die Sterbehilfe für psychisch kranke Menschen kritisch:

O-Ton Ariane Bazan:

Le consensus mondial est à peu près général, que... ce qui marche pour la maladie ou l'affection ou la souffrance mentale, c'est le lien au thérapeute.

Over Voice:

Es gibt einen weltweiten Konsens, dass die beste Therapie bei psychischen Erkrankungen die Beziehung zum Therapeuten ist.

Sprecherin:**Bazan ist überzeugt:**

Nur Therapeuten, die daran glauben, dass sie ihrem Patienten helfen können, sind selbst glaubwürdig.

O-Ton Ariane Bazan:

Parce que le patient – c'est ce qu'il veut savoir. Il veut savoir: Est-ce qu'il y a quelqu'un qui peut me supporter? C'est ça qu'il veut savoir. S'il y a quelqu'un qui peut me supporter peut-être que moi aussi je peux me supporter. Et alors je peux peut-être supporter ma vie.

Over Voice:

Denn das ist es, was der Patient wissen möchte: Gibt es jemanden, der mich erträgt? Das will er wissen. Wenn es jemanden gibt, der mich erträgt, dann kann ich mich vielleicht auch selbst ertragen. Dann ertrage ich vielleicht auch mein Leben.

Sprecherin:

Für die Option Sterbehilfe gibt es in dieser Beziehung keinen Platz.

O-Ton Ariane Bazan:

Ces traitements avec les patients qui sont en désespoir, demandent de travailler sans filet de sécurité, demandent un travail sur le fil de la confiance – à la vie, à la mort quoi. Est-ce que vous avez confiance en moi à l'extrême? Et donc, si on ne peut pas travailler de cette façon-là, si, quand ça va mal il y a la possibilité de prendre la sortie de secours, on ne peut plus faire ce travail.

Over Voice:

Die Therapie eines verzweifelten Patienten muss ohne Sicherheitsnetz funktionieren. Man balanciert auf einem Seil des Vertrauens – da geht es um Leben und Tod. Haben sie im Extremfall Vertrauen zu mir? Wenn man nicht so arbeiten kann, wenn es einen Notausgang gibt, dann kann man diese Art der Therapie nicht durchziehen.

Sprecherin:

Und der Psychiater Karl Beine ergänzt:

O-Ton Beine:

Die Variante Tötung auf Verlangen verunmöglicht Therapie, weil Grundvoraussetzung für die Therapie ist die maximale Motivation auf beiden Seiten, Linderung, Besserung zu erreichen... Und in dem Augenblick, wo ich die Option habe, dass ich mich all diesen Mühsalen auch entziehen kann dadurch, dass ich mich töten lasse als Patient oder töte in meiner Rolle als Arzt, wird das zwangsläufig meine Fantasie, meine Kreativität und meine Motivation beeinflussen, Lösungen zu finden, die mit dem Leben vereinbar sind.

Sprecherin:

Genau dieser Zwiespalt führt dazu, dass zwar viele Therapeuten in Belgien die aktive Sterbehilfe grundsätzlich befürworten, sich aber weigern, Patienten mit einem Sterbewunsch zu begleiten. Ärztinnen, die betroffene Patienten aufnehmen, geraten dagegen gern unter Verdacht, zu großzügig Sterbehilfe zu gewähren. Das Ergebnis: Ein ganzer Berufsstand befindet sich seit Jahren intern in Aufruhr und in der Öffentlichkeit in der Defensive.

Musik

Sprecherin:

Knapp 20 Jahre nachdem das belgische Sterbehilfe-Gesetz in Kraft getreten ist, ist das Thema heute brisanter denn je. Die Zahl der getöteten Patienten ist zehnmal so hoch wie am Anfang. Und immer mehr Patienten mit Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Demenz nehmen Sterbehilfe in Anspruch.

Das hat Folgen:

Fünf Organisationen haben Leitlinien formuliert. Sie sind deutlich strenger als das, was der Gesetzgeber vorsieht. Werden sie konsequent umgesetzt, kann das verhindern, dass Patienten leichtfertig Sterbehilfe erhalten.

Und auch die Wissenschaft interessiert sich jetzt stärker für das Thema. Schon jetzt zeigt sich, dass es für viele scheinbar ausweglose Lagen doch Lösungen geben kann, die nicht den Tod bedeuten.

Trotzdem gibt es noch sehr viel zu tun. Auf die Frage, was sie sich von der belgischen Gesundheitsministerin wünschen, haben alle Gesprächspartner mehr Geld für die Versorgung psychisch kranker – und vor allem junger – Patienten genannt. Außerdem niedrigschwellige Hilfsangebote, damit niemand lange auf einen Spezialisten warten muss. Und einen menschlicheren Umgang der Helfer mit ihren Patienten. Denn die wünschen sich unter anderem häufig, dass sie jemand einfach mal in den Arm nimmt.

Einen Wunsch kann sich die Gesellschaft aber nur selbst erfüllen – nämlich den, sich gegenseitig Lust aufs Leben zu machen, sagt Ariane Bazan:

O-Ton Ariane Bazan:

C'est le fait qu'on se dit bonjour le matin, comment vas-tu? T'as pas envie de travailler avec moi? J'ai un nouveau projet, viens voir ce que c'est. C'est ça la source qui donne envie de vivre... On sait tous qu'on va mourir, alors on sait tous que tout est absurde, que tout est absurde... On a besoin de l'illusion. On a besoin du fait que l'autre croit en ses projets. C'est ça qui donne envie de vivre.

Over Voice:

Die Tatsache, dass man sich morgens grüßt, wie geht es dir? Hast du Lust mit mir zu arbeiten? Ich habe ein neues Projekt, komm' sieh' es dir an. Das ist die Quelle, die uns Lust aufs Leben macht. Wir wissen alle, dass wir eines Tages sterben werden.

Wir wissen alle, dass alles absurd ist. Deshalb brauchen wir die Illusion. Wir brauchen die Illusion, dass jemand an unsere Projekte glaubt. Das macht Lust aufs Leben.

* * * * *