

«Der Aspekt der Lebensqualität»

Der Psychiater Manuel Sutter verfasst im Auftrag von EXIT Konsiliarberichte und psychiatrische Gutachten. Er gibt Auskunft, was ihn dazu bewegt und was diese Tätigkeit beinhaltet.

Weshalb finden Sie es wichtig, dass es EXIT gibt?

Die Möglichkeit der Freitodhilfe gehört zu einer modernen Gesellschaft und bringt das Thema der Endlichkeit wieder etwas zurück ins Leben. Wir werden immer älter. Die Medizin macht immer mehr Fortschritte, wenn es darum geht, das Leben zu verlängern. Der Aspekt der Lebensqualität kommt in der ärztlichen Ausbildung und teilweise auch in der Praxis zu kurz. Eigentlich müsste das Ziel sein, möglichst gut und nicht möglichst lang leben zu können. Es ist legitim, dass ein Mensch mit einem ausgeprägten Leidensdruck, einer terminalen oder chronischen Erkrankung sagt, ich habe jetzt genug und will mit dem Leben abschliessen.

Was hat Sie motiviert, als EXIT-Konsiliararzt tätig zu sein?

Die Psychiatrie hat gegenüber der Suizidhilfe mehr Vorbehalte als die übrige Medizin. Ich habe das als Assistenzarzt auf einer alterspsychiatrischen Abteilung so erlebt. Dort vertrat man eine resolute Haltung. Es war klar definiert, dass ein assistierter Suizid nicht in Frage kommt und auch nicht thematisiert wird. Auch in der Psychiatrie sollte anerkannt werden, dass es Krankheiten oder Krankheitsbilder gibt, die chronisch und schwierig behandelbar sind, sich verschlechtern und ein Patient deshalb eine Suizidbegleitung in Anspruch nehmen will.

Was ist für Sie die grösste Herausforderung bei Suizidhilfe-Anfragen von psychisch erkrankten Menschen?

Meine Hauptaufgabe ist es, zu beurteilen, was der Auslöser des Sterbewunsches ist. Dabei versuche ich zu differenzieren. Eine Rolle spielt sicher der Faktor Zeit. Wenn

jemand bei voller Gesundheit plötzlich einen Sterbewunsch äussert und gleichzeitig eine depressive Symptomatik hat, ist das für mich klar Ausdruck einer Depression. Wenn jemand schon länger an einer Depression leidet, bereits in Behandlung war und den Sterbewunsch auch immer wieder mit den Angehörigen und den Behandelnden diskutiert hat, ist dieser für mich weniger Ausdruck einer Depression. Das sind jetzt die beiden Extreme.

Es gibt auch einen Bereich dazwischen, bei dem es schwieriger ist, herauszufinden, welche Rolle die depressive Erkrankung spielt.

Eine weitere Herausforderung ist das Thema Spiritualität. Es gibt viele Menschen, die eine Überzeugung haben, wie es nach dem Tod weitergeht. Ich muss jeweils abschätzen, ob es im konkreten Fall um normale Spiritualität geht oder ob diese in eine wahnhaftige Überzeugung kippt, im Stil: «Ich muss Abschied nehmen von dieser Welt, damit ich im Jenseits eine andere Funktion übernehmen kann». Das ist sehr herausfordernd, aber auch sehr spannend.

Gibt es Patientinnen und Patienten, die Ihnen besonders in Erinnerung geblieben sind?

Jede Person bleibt mir irgendwie in Erinnerung. So beispielsweise ein Patient mit jahrelangen Magen-Darm-Beschwerden. Er wurde mehrfach vom Hausarzt abgeklärt, gefunden wurde nichts. Der Mann hat über die Jahre ein ausgeklügeltes Ernährungssystem entwickelt. Er hat seine ganze Tagesplanung danach ausgerichtet. Das führte zu einem absoluten sozialen Rückzug. Irgendwann konnte er nicht mehr. Er teilte seinem Hausarzt mit,

dass er mit EXIT gehen wolle. Der Hausarzt hat die Urteilsfähigkeit bestätigt. Ich habe gesehen, dass der Patient sehr stark von seinem Ernährungsplan eingenommen und der Leidensdruck offensichtlich war.

«Zumutbar, dass sich eine Person zumindest abklären lässt»

Der Patient wurde aber nie psychiatrisch abgeklärt. Ich sagte ihm, dass ich Behandlungsmöglichkeiten sehe. Er fühlte sich von mir nicht ernst genommen und lehnte eine Behandlung ab. Es ging mir nahe, dass ich sozusagen unverrichteter Dinge wieder gehen musste. Solche in Richtung «wahnhaftige Störung» gehende Erkrankungen sind schwierig zu behandeln. Es ist jedoch zumutbar, dass sich eine Person zumindest abklären lässt.

Führen Sie manchmal mit anderen Ärztinnen oder Ärzten Diskussionen über ihre Tätigkeit?

Ja, aber ich habe noch keine fundamentale Kritik erlebt deswegen. Im Hinblick auf die Begutachtung der Urteilsfähigkeit bei einem Sterbewunsch gibt es aber noch keine Standards. Zwei Professoren in Basel sind zurzeit daran, diese Frage wissenschaftlich zu untersuchen und meines Wissens ist diese auch Gegenstand eines wissenschaftlichen Forschungsprojekts an der Uni Basel und der Uni Zürich, bei dem es darum geht, klarere Standards zu formulieren. Ich lege offen, dass ich Gutachten und Konsiliarberichte für EXIT erstelle. Es hat schon Diskussionen gegeben, aber in einem positiven Sinn.

kommt zu kurz»



Manuel Sutter, Konsiliarpsychiater für EXIT, muss den Auslöser des Sterbewunsches beurteilen.

Im Bereich der psychischen Erkrankungen ist es für EXIT nicht ganz einfach, Ärztinnen und Ärzte zu finden, die bereit sind, sich zu engagieren. Was würden Sie in dieser Hinsicht raten?

In einer EXIT-Präsentation habe ich gesehen, dass viele Personen, die sich bei EXIT melden, keine Sterbebegleitung in Anspruch nehmen. Es gibt einen grossen Teil, die einer Behandlung zugeführt werden können und einen anderen Weg gehen, weil sie sich ernst genommen fühlen. Es geht nicht darum, möglichst viele Menschen in den Tod zu begleiten, sondern darum, die Menschen ernst zu nehmen und sie möglichst gut medizinisch und psychiatrisch abzuholen. Ich denke, viele meiner Kolleginnen und Kollegen wissen dies nicht.

Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten für den Abklärungsvorgang zwischen EXIT und der Ärzteschaft?

Ich kann nichts bemängeln. Wichtig ist, dass ausreichend Informationen vorliegen. Die Berichte müssen da sein, bevor die Erstkonsultation stattfindet. Wenn es hier Lücken gibt, können wir das zurückmelden. Das Erstgespräch führt die EXIT-Begleitperson. Diese fragt anschliessend bei mir an, ob ich Kapazitäten habe. Falls ich mich bereit erkläre, rufe ich die sterbewillige

Person an, stelle mich vor und sage ihr, dass ich von der Begleitperson den Auftrag für ein Gespräch erhalten habe. Anschliessend mache ich entweder einen Haus- oder Spitalbesuch oder die Person kommt in die Praxis. Ich treffe sie mindestens einmal, in schwierigen Fällen sind es mehrere Termine. So kann ich beurteilen, ob der Sterbewunsch konstant ist. In klaren Fällen kann aber auch eine Konsultation ausreichen. Der zweite Psychiater beurteilt die Situation jeweils nur noch aus der Ferne.

Was heisst für Sie Sterben in Würde?

Ich wünsche mir zu sterben, wenn ich noch in der Lage bin, zurückzublicken und mich zu verabschieden von den Menschen, die mir nahestehen. Nicht in einem Zustand, bei dem Sterben nur noch eine Erlösung vom Leiden ist. Zu einem Zeitpunkt, an dem eine gewisse Zufriedenheit einsetzt und man sagen kann, es ist jetzt gut, dass es so weit ist.

**INTERVIEW: MURIEL DÜBY,
DANIÈLE BERSIER**

Wir suchen

Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin, Neurologie, Geriatrie und Psychiatrie

(im Auftragsverhältnis)

Sie sind bereit, unsere Vereinsmitglieder zu unterstützen, bei denen der behandelnde Arzt das Rezept für das Sterbemittel aus persönlichen oder institutionellen Gründen nicht ausstellen kann. Sie haben Verständnis für Menschen, die ihr Leben reflektiert und selbstbestimmt beenden wollen. Sie verfügen über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung und sind berufs- und

lebenserfahren im Umgang mit den Themen Krankheit, Sterben und Tod. Zudem verfügen Sie über die Flexibilität für sporadische Einsätze, die zumeist in Form von Haus-, Heim- oder Spitalbesuchen erfolgen.

Wir freuen uns über Ihre Interessensmeldung bei Frau Martina Banini unter martina.banini@exit.ch.