

Vom Umgang mit Sterbewünschen: «Ich möchte sterben» heisst nicht «Ich will mich umbringen»

Daniel Grob

Alte und sehr alte Menschen beschäftigen sich naturgemäss häufiger mit ihrem eigenen Tod als junge Menschen; dies besonders, wenn eine akute gesundheitliche Krise einen schon vorher fragilen und vulnerablen Körper getroffen hat. Äusserungen wie «Herr Doktor, ich möchte sterben» oder «Frau Doktor, lassen Sie mich sterben» sind nicht selten. Diese hochbetagten, kranken Menschen leiden meist nicht an primär lebenslimitierenden Erkrankungen; sie leiden an chronischen Krankheiten und deren Exazerbationen resp. Folgen von altersbedingten Erscheinungen (Frakturen nach Stürzen bei Osteoporose; Delirien bei vorbestehender Hirnerkrankung; Pneumonie bei COPD, kardialer Dekompensation

Sterbewünsche können auch Ausdruck einer Depression sein. Depressionen im Alter sind sehr häufig und werden nicht selten von den behandelnden Ärzten verkannt; auch Angehörige depressiver alter Menschen neigen gerne dazu, depressives Verhalten (z.B. Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben, Antriebslosigkeit) als unabwendbares Zeichen des Alters zu akzeptieren. Sterbewünsche werden von alten Menschen heute nicht selten begründet mit einer empfundenen «Nutzlosigkeit», «Wertlosigkeit» resp. «Belastung der Gesellschaft». Das Denken in ökonomischen Dimensionen durchdringt heute die ganze Gesellschaft; Diskussionen um Kosten sind allgegenwärtig, auch bei medizinischen Entschei-

Sterbewünsche können hier auch eine versteckte Testfrage an den Arzt sein: Steht er mir bei oder lässt er mich fallen?

bei Herzinsuffizienz, usw.). Zudem sind sie nicht selten alleinstehend (Partner oder Partnerin verstorben, die Kinder weit weg, die Freunde oder Freundinnen häufig auch schon verstorben). Dass in einer solchen, primär als ausweglos gesehenen Situation ein Sterbewunsch geäussert wird, ist absolut verständlich.

Was bedeutet aber eine solche Äusserung von medizinisch nicht am Lebensende stehenden alten Menschen, und wie gehen wir als Ärztinnen und Ärzte damit um?

Es ist zunächst Aufgabe des Arztes, die hinter den geäusserten Sterbewünschen liegenden, sehr vielschichtigen Motive alter Menschen zu ergründen.

Sterbewünsche sind oft Ausdruck einer tiefempfundenen *Lebensmüdigkeit* (in der Situation des «gelebten Lebens») bei sehr alten Menschen, die oft fast alle Freunde und Bekannten verloren haben, und manchmal – gerade im hohen Alter – auch schon die eigenen Kinder. Diese Menschen haben im Verlaufe ihres langen Lebens viele Hochs und Tiefs erlebt und sind jetzt, in der Situation von akuter Erkrankung oder Unfall resp. zunehmender Hilfsbedürftigkeit, konfrontiert mit der eigenen Gebrechlichkeit und vielleicht mit der Aussicht, nicht mehr gesund und damit vielleicht auch längerfristig pflegebedürftig zu werden.

dungen. Wenn alte Menschen sich lediglich noch als «Kostenfaktor» erleben, ist dies wohl Ausdruck eines gesellschaftlichen Problems.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2004 medizinethische Richtlinien zur «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» veröffentlicht. Anfragen an die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW haben gezeigt, dass in Einzelfällen eine nicht vertretbare Praxis der ärztlichen Suizidhilfe besteht, und zwar teilweise mit, teilweise aber auch ohne Beteiligung einer Sterbehilfeorganisation. Die ZEK hat dies zum Anlass genommen, in einer Stellungnahme auf die in den Richtlinien aufgeführten Kriterien hinzuweisen und die Voraussetzungen für deren Einhaltung zu präzisieren. Die Stellungnahme wurde in der SÄZ Nr. 11 vom 14. März 2012 veröffentlicht.

In dieser und einigen folgenden Ausgaben der SÄZ erscheinen kurze «Standpunkte», welche die Thematik der ärztlichen Suizidhilfe aus einer individuell-fachlichen Perspektive beleuchten.

Korrespondenz:
Dr. med. Daniel Grob, MHA
Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie
Stadtpital Waid
Tièchestrassè 99
CH-8037 Zürich
daniel.grob[at]waid.zuerich.ch

Manchmal sind Sterbewünsche aber auch eine Art von «*Kokettieren mit dem Tod*»: Die Beschäftigung mit dem Tod ist im hohen Alter etwas gänzlich Normales – der geäußerte Sterbewunsch ist in diesem Kontext die Aufforderung des Patienten, über Tod und Sterben zu reden. Sterbewünsche können hier auch eine versteckte Testfrage an den Arzt sein: Steht er mir bei oder lässt er mich fallen? Habe ich in ihm einen Verbündeten, der zu mir steht und den zukünftigen, vielleicht schwierigen Weg mit mir geht?

Der Umgang mit geäußerten Sterbewünschen kann damit sehr schwierig sein. Ärzte sind gehalten, das anspruchsvolle und zeitintensive Gespräch mit

Die persönliche Erfahrung des Autors zeigt, dass dieser Sterbewunsch (sehr) selten den Wunsch nach Selbst-Tötung bedeutet. Er ist zunächst einmal Ausdruck der aktuellen Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit resp. dem eigenen Zustand. Wenn der Arzt hier vorschnell den Barbiturat-Rezeptblock zückt (im Sinne einer heute modernen, schnellen Lösung des Problems), würde er oder sie hohe Gefahr laufen, die Signale des Patienten falsch zu interpretieren – und damit medizinisch unkorrekt zu handeln. Der Arzt würde zusammen mit seinem Patienten Opfer eines (ökonomisierten) Zeitgeistes, welcher die moderne Medizin zur schnellen Machbarkeit verdammt.

Problemlösungen zu finden, sich mit dem Patienten auseinanderzusetzen und mit ihm einen Weg gemeinsam zu gehen, ist eine vornehme ärztliche Aufgabe – liegt aber möglicherweise quer zum Zeitgeist.

dem Patienten über Tod und Sterben aufzunehmen; häufig stehen ja auch Entscheidungen bezüglich weiterer Abklärungen und Behandlungen an.

Solche Entscheidungen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, insbesondere im Kontext geäußerten Sterbewünsche, sind nie (!) Einzelentscheide am Krankenbett – es sind zeit- und kommunikationsintensive Entscheidungsprozesse – nach Möglichkeit auch unter Einbezug von Angehörigen und Betreuenden.

Fazit

Ein geäußertes Sterbewunsch eines älteren Patienten ist zunächst lediglich die Vorstellung, dass er oder sie sich den Tod als besseren Zustand als das Leben vorstellt. Die Frage, was hinter dieser Vorstellung steht, ist sorgfältig zu ergründen.

Viel häufiger werden andere Problemlösungen den Patientenwünschen gerechter. Diese Problemlösungen zu finden, sich mit dem Patienten auseinanderzusetzen und mit ihm einen Weg gemeinsam zu gehen, ist eine vornehme ärztliche Aufgabe – liegt heute aber möglicherweise quer zum Zeitgeist einer effizienten, aber fragmentierten Betreuung.

Beihilfe zum Suizid wird heute (entgegen den SAMW-Richtlinien) auch bei alten Menschen geleistet, die nicht am Lebensende stehen. Wurde in diesen Fällen der primär geäußerte Sterbewunsch korrekt und sorgfältig interpretiert? Oder ist diese Beihilfe zum Suizid Ausdruck einer vom Patienten selber vorgenommenen (und vom Arzt geteilten?) ökonomischen Wertung seiner gesellschaftlichen Existenz?

Gesellschaftliche Probleme lassen sich nicht mit dem Rezeptblock lösen.