

Sterbewunsch im Alter – Welche Fragen stellen sich?

Abstract von **Jacqueline Minder**

Suizidalität im Alter trägt andere Züge als in früheren Lebensphasen. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod gehört zum Alter dazu. Insbesondere bei schweren Krankheiten ist ein geäussertes Sterbewunsch oftmals nachvollziehbar. Auch eine gewisse Lebensmüdigkeit nach langem und erfülltem Leben, sozusagen „des Lebens müde zu sein“, stösst auf Verständnis. Die Unterscheidung zwischen einem autonomen und sorgfältig abgewogenen Sterbewunsch und einer behandlungsbedürftigen Suizidalität als Ausdruck einer psychischen Erkrankung ist zuweilen schwierig.

Über die gesamte Lebensspanne betrachtet, ist die Suizidrate bei den älteren Menschen am höchsten. Vor allem bei Männern steigt die Kurve jenseits des 70. Lebensjahres massiv an. Über Suizidalität im Alter wird in Fachkreisen aber traditionell weit weniger intensiv diskutiert als über die Suizidalität in jüngeren Jahren. Hier stellt sich die Frage: Warum ist das so?

Suizidalität im Alter

Für Sterbewünsche bei Älteren hat die Gesellschaft spontan mehr Verständnis als bei Jüngeren. Das beruht sicher einerseits auf dem natürlichen Umstand, dass in dieser Lebensphase der Tod näher ist als in jüngeren Jahren. Das Umfeld ist schnell geneigt, Lebensmüdigkeit nach einem langen und erfüllten Leben zu verstehen und unterscheidet nicht zwischen passivem oder aktivem Sterbewunsch oder gar Suizidalität im psychiatrisch-pathologischen Sinn. Weiterhin ist die Vorstellung vom Alter in den meisten Köpfen automatisch verknüpft mit Krankheit und Autonomieverlust, so dass jüngere Menschen sich aus solchen angstbesetzten Zukunftsszenarien heraus auch für sich selbst im Alter einen möglichen Ausweg im gewählten Tod wünschen. Vor diesen Hintergründen ist die Suizidalität im Alter ein Thema, bei dem immer auch der Respekt vor der Autonomie kritisch berücksichtigt werden muss und wir demzufolge auch an die Grenzen der Zuständigkeit der Psychiatrie geraten. Andererseits bestehen immer noch Altersbilder, die geprägt sind von Abbau, Rückzug, Passivität. Solche Zustände können aber auch Depressionen sein, deren sorgfältige Abklärung aufgrund einer irrtümlich definierten Normalität verhindert wird. Suizidprävention im Alter muss also zwangsläufig – mehr noch als in jungen Jahren – die kritische, aber auch offene Auseinandersetzung an der Grenze zwischen gesund und krank sowie im Spannungsfeld zwischen Fürsorgepflicht und Respekt vor Autonomie beinhalten.

Assistierter Suizid bei Krankheit im Endstadium

Seit 2008 werden assistierte Suizide in der Schweiz nicht mehr in der Suizidstatistik erfasst. WHO-konform werden diese Todesfälle in der Todesursachenstatistik der Erkrankung zugeordnet, die eigentlich zum Tode geführt hätte. Bei dieser Regelung geht man davon aus, dass der assistierte Suizid vom Sterbewilligen bei einer sehr schwerwiegenden und zum Tode führenden Erkrankung als letzter Ausweg – zum Beispiel aus unbeherrschbaren Schmerzen – bewusst und

in Abwägung aller Umstände und Alternativen frei gewählt wird. Seit dieser Änderung hat sich die Kurve der Suizidraten entsprechend verändert: Das sogenannte Ungarische Muster mit dem Anstieg der Suizidrate im Alter blieb zwar bestehen – vor allem bei den älteren Männern steigt die Kurve unverändert, wenn sich auch die Anzahl insgesamt verringert hat – aber die Suizidrate älterer Frauen ist zurückgegangen und die Kurve bleibt jenseits des Pensionsalters flach. Dafür sind die assistierten Suizide im Alter deutlich angestiegen, vor allem bei den Frauen.

Diese Entwicklung könnte man so interpretieren, dass der assistierte Suizid psychisch gesunden älteren Menschen, vor allem Frauen, ein sicheres und sanftes Sterben ermöglicht und damit gewaltsame Suizide verhindert. Eine solche Interpretation des Anstiegs assistierter Suizide geht davon aus, dass diese Menschen den assistierten Suizid autonom, frei und sorgfältig abgewogen wählen, als letzten Ausweg aus einer unheilbar schweren Erkrankung.

Psychische Erkrankungen im Alter oft unerkant

Doch können wir aktuell sicher sein, dass diese Sterbewilligen nicht an einer psychischen Erkrankung leiden, in deren Rahmen die Suizidalität ein behandlungsbedürftiges Symptom ist? Depressionen im Alter sind nach wie vor unterdiagnostiziert. Die soziale Akzeptanz assistierter Suizide im Krankheitsfall darf nicht dazu führen, dass die Gesellschaft älteren psychisch kranken Menschen Abklärung und Behandlung vorenthält. Gesellschaftliche Normen prägen die eigene Wahrnehmung und können somit auch unterschwellig Druck erzeugen. Was wenn ältere Menschen aus Sorge, eine (finanzielle) Last für die Gesellschaft zu sein, lieber den Tod wählen? In einem solchen Fall muss in Frage gestellt werden, ob der geäußerte Wille wirklich ein freier Wille und Ausdruck von Autonomie ist.

Schlüsse für die Alterspsychiatrie

Die Alterspsychiatrie ist in der Thematik besonders gefordert; vor allem seit EXIT das Moratorium aufgehoben hat und auch psychisch kranke Menschen begleitet. Psychiatrisch-psychotherapeutisch tätige Helfende geraten in schwere Irritationen und Konflikte, wenn sie plötzlich und unvorbereitet mit einem „Sterbetermin“ ihrer psychisch kranken Patienten konfrontiert sind, weil sie über den parallel laufenden „Sterbeprozess“ nicht informiert waren, während sie mit der betreffenden Person an Lebensperspektiven gearbeitet haben. Sie werden zu einem Pol der inneren Spannung ihres Patienten, während der Sterbehelfer den anderen konträren Pol übernimmt. Nicht selten geraten diese beiden Helfenden, wenn sie in Kontakt kommen, in Konflikt, weil sie den inneren Konflikt des Patienten übernehmen. Behandlungsteams werden häufig unvorbereitet von der Thematik überrollt und leiden in der Regel unter denselben Nachwirkungen wie bei üblichen Suiziden auch.

Dr. med. Jacqueline Minder
Chefärztin
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur
052 224 33 33
Jacqueline.Minder@ipw.zh.ch
www.ipw.zh.ch