

## Wünsche nach geplantem vorzeitigem Sterben im hohen Lebensalter

Sterben, welches durch Personen selbst bestimmt und geplant wird, kommt im hohen und vor allem sehr hohen Lebensalter so häufig vor wie in keiner anderen Lebensphase. Diese „Alterskonzentration“ betrifft Formen des Sterbens durch eigenes Zutun wie etwa durch Erhängen oder bewusstes Einstellen des Essens und Trinkens mit dem Ziel zu sterben (d. h. Suizide) und auch solche, die unter Beihilfe erfolgen (d. h. assistierte Suizide).

Legt man aktuelle Daten aus der Schweiz zugrunde, dann wird assistierter Suizid mehrheitlich und auch in den letzten Jahren zunehmend von hochaltrigen Frauen in Anspruch genommen. Damit liegt bei assistierten Suiziden im Alter ein Geschlechterverhältnis vor, das umgekehrt ist zu dem von Suiziden, die mit großer Mehrheit von hochaltrigen Männern begangen werden. Im Jahr 2021 waren es beispielsweise 711 über 75-jährige Frauen in der Schweiz mit assistiertem Suizid. Im Vergleich waren es 78 Personen bei unter 65-jährigen Männern.

Dass alte Menschen häufiger geplant vorzeitig sterben als jüngere, wird in der Gesellschaft häufig als normal betrachtet und als gesellschaftliches Phänomen wenig hinterfragt. Auch im klinischen Alltag liefern kognitive, körperliche und soziale Beeinträchtigungen und Verluste bei einer älteren Person oft einen unmittelbaren Begründungszusammenhang, der Todeswünsche und Suizidalität für Dritte nachvollziehbar und im Einzelfall sogar unausweichlich erscheinen lassen. Dahinter steht oft die unhinterfragte Einstellung, dass das Leben im Alter schlechter und weniger wertvoll ist als das Leben in anderen Lebensphasen. Eine fatale Konsequenz dieser ageistischen Haltung ist, dass die Prävention von geplantem vorzeitigem Sterben auf gesundheitspolitischer Ebene viel zu wenig Beachtung findet. Auch bieten professionelle Akteur:innen im Bereich von Gesundheit und Medizin bei älteren Patient:innen mit hohem Risikoprofil für (assistierten) Suizid keine adäquate suizidpräventive Hilfe, indem sie etwa eine psychotherapeutische Behandlung vermitteln bzw. anbieten.

Der berufliche Alltag von Ärzt:innen ist mehrheitlich durch Kontakte mit älteren Patient:innen geprägt, die trotz Erkrankungen lebensfroh und guten Mutes sind. Das ist die gute Botschaft. Ärzt:innen begegnen aber auch älteren Menschen, die nicht mehr gerne leben (Lebensüberdruß), die lieber tot wären (Todeswünsche) oder ihrem Leben ein Ende bereiten möchten (Suizidgedanken) bzw. sogar schon konkrete Pläne haben (Suizidabsichten). Diese Gefühle und Gedanken stehen nachweislich häufig in direktem Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung, schwereren körperlichen Erkrankungen und Beeinträchtigungen und mangelnder sozialer Teilhabe. Sie können aber auch bei körperlich relativ gesunden Patient:innen mit größerem sozialen Netzwerk und ohne längere psychiatrische Vorgeschichte vorkommen.

Ärzt:innen sind zunehmend auch mit älteren Patient:innen konfrontiert, die nach ärztlicher Hilfe beim oder sogar *zum* schnelleren Sterben bitten. So wünschen sich Patient:innen Informationen zu Sterbehilfevereinen, konkrete Anleitungen zur Suizidplanung oder die Beschaffung eines lebensverkürzenden oder todbringenden Medikaments.

Die seit 2020 veränderte Gesetzeslage, wonach der assistierte Suizid in Deutschland erlaubt ist, ist ins Bewusstsein vieler alter Menschen getreten. Gerade ältere Frauen – auch solche mit Lebenswillen, aber Angst vor einer als bedrohlich empfundenen Zukunft – entwickeln neue Perspektiven: nicht durch eine als unmenschlich erlebte Medizintechnik „gestorben zu werden“, sondern das Sterben selbst in der Hand zu haben; sich selbst „helfen“ zu können, anstatt vergeblich darauf zu warten, dass geholfen wird; Angehörigen nicht zur Last zu fallen; von anderen Menschen beim Sterben begleitet zu werden, anstatt beim Sterben allein zu sein. Gerade Personen in existenziellen Grenzsituationen, die von Frailty, sozialer Isolation, sensorischen Beeinträchtigungen und Schmerzen betroffen sind, vermittelt der Gedanke an die Möglichkeit, vorzeitig selbst geplant aus dem Leben zu gehen, ein Gefühl von Ruhe und Frieden.

Wenn ältere Patient:innen Wünsche nach schnellerem Sterben treffen, dann ist dies eine große professionelle und persönliche Herausforderung für jede Ärztin und jeden Arzt. In Anbetracht dessen, dass viele ältere Patient:innen inneres Leiden „mit sich“ ausmachen, sollten entsprechende Situationen aber als Chance dahingehend willkommen geheißen werden, mit Patient:innen über ihre als schwer- oder gar unerträglich erlebten Seinszustände ins Gespräch zu kommen.

Wenn Wünsche nach schnellerem Sterben vehement und vordergründig plausibel geäußert werden (wie das nicht selten der Fall ist), besteht das Risiko, dass Ärzt:innen schnell in einen gefühlsmäßigen Sog gezogen werden, diese Wünsche als etwas Unveränderbares, Rationales zu betrachten und die Selbstbestimmung zu priorisieren. Die klinische Erfahrung und empirische Forschung zeigt allerdings die hohe Fluktuation und Reversibilität von Todeswünschen.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, dass sich Ärzt:innen Zeit nehmen und es älteren Patient:innen ermöglichen, in ihren oft unbewussten inneren Konflikten und Ambivalenzen gesehen zu werden. Dazu ist es wichtig, die Gefühle der Patient:innen zunächst einmal anzuerkennen und unbedingtes Interesse zu zeigen, ihre innere und äußere Situation besser zu verstehen. Dadurch dass die Patientin die Erfahrung macht, dass sie es wert zu sein scheint, dass man sich mit ihr trotz ihres Alt- und Krankseins auseinandersetzt und Anteil an ihrer Situation nimmt, kann sie zu sich selbst mehr Zugang entwickeln und selbstschädigende Haltungen hinterfragen.

Es ist dabei wichtig, dass die Ärztin einen Raum eröffnet, in dem schmerzliche Erfahrungen von Ausschluss, Ignorierung und Ablehnung erzählt werden können, und diese zu aktuellen inneren Zuständen in Beziehung gesetzt werden. Auf Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung und mehr innerem Zugang zu sich selbst sollten dann von der Ärztin im Kontakt weitere Optionen zur Linderung des Leidens erörtert und mit Zutrauen und Zuversicht vertreten werden. Dazu gehört insbesondere die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung und – je nach individueller Lebenssituation und körperlichem Gesundheitszustand – eine Auswahl folgender Interventionsmaßnahmen: Bewegungstraining/Sporttherapie, Gruppenangebote für Freizeitaktivitäten, ambulante oder (teil-)stationäre geriatrische bzw.

gerontopsychiatrische Behandlung und ggf. Bahnung von Palliativ- und Hospizversorgung. Dadurch kann die Patientin ihr gedankliches Spektrum erweitern und die Bereitschaft entwickeln, Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Bei keiner anderen Patient:innengruppe ist interprofessionelles Arbeiten mehr gefragt als bei älteren Patient:innen mit Wünschen nach geplantem vorzeitigem Sterben. Todeswünsche, Suizidalität und Suizidprävention müssen im Bereich der Medizin als Pflichtthema in Aus-, Fort- und Weiterbildung verankert werden, worauf die jeweiligen Fach- und Berufsverbände entsprechend hinwirken sollten.

Die Prävention von Suiziden und assistierten Suiziden im hohen und höchsten Alter ist möglich.

April 2025

**Prof. Dr. habil. Eva-Marie Kessler**

*Professur für Gerontopsychologie an der Medical School Berlin*