

## Vom Nicht-mehr-leben-wollen



Trägt assistierter Suizid zur Lebensqualität alter und hochbetagter Menschen bei?

Dr. med. Roland Kunz, Zürich  
Facharzt Geriatrie und Palliativmedizin

## Umgang mit Sterbewünschen: Position der FGPG

«Palliative Geriatrie stellt sich gemeinsam mit Betroffenen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Sie anerkennt, dass Sterben für alte Menschen eine erwünschte Perspektive sein und etwas Heilsames haben kann. Wir akzeptieren das Lebensende, sind bereit Sterben zuzulassen und nicht unnötig zu verlängern. Wir unterstützen Lebensqualität bis zuletzt.»

Abkehr vom Paradigma der Lebenserhaltung und -verlängerung als oberstes Ziel der Medizin.

## Sterbewünsche alter Menschen

### Einstellungen zum Tod:

1. Ich bin nicht bereit für den Tod und akzeptiere ihn nicht.
2. Ich bin nicht bereit für den Tod, aber akzeptiere ihn.
3. Ich bin bereit für den Tod und akzeptiere ihn.
4. Ich bin bereit für den Tod, akzeptiere ihn und wünsche mir, der Tod würde kommen.
5. Ich denke darüber nach, meinen Tod zu beschleunigen, habe aber keinen bestimmten Plan.
6. Ich denke darüber nach, meinen Tod zu beschleunigen und habe einen bestimmten Plan.

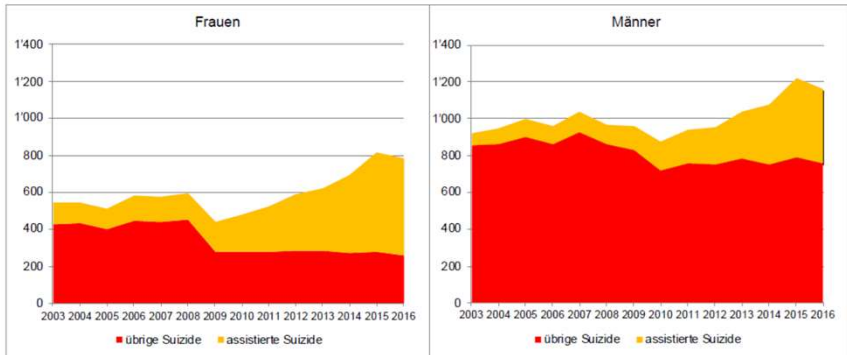
Verdrängung  
 Rationale Akzeptanz  
 Umfassende Akzeptanz  
 Sterbewunsch manifest

(Jox 2022 in Anlehnung an Dürst et al 2020 und Schroeppfer 2006)

## Formen (möglicherweise) lebensverkürzender Massnahmen

Bezeichnung	Synonyme	Erläuterung
Sterben zulassen, Therapiezieländerung	Passive Sterbehilfe Therapieabbruch Therapiebegrenzung	Nicht-Einleiten oder Beenden einer lebenserhaltenden Maßnahme
Therapie am Lebensende	Indirekte Sterbehilfe	Lindernde Behandlung, bei der eine mögliche lebensverkürzende Nebenwirkung in Kauf genommen wird
Sterbefasten	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit	Selbständige Handlung ohne fremdes Einwirken, eine Form des langsamen Suizides
Assistierter Suizid	Hilfe zur Selbsttötung	Beendigung des eigenen Lebens nachdem eine andere Person ein tödliches Mittel beschafft bzw. bereitgestellt hat: <i>persönl. Freiheit des Pat. und des Arztes</i>
Tötung auf Verlangen	Aktive Sterbehilfe	Tötung eines entscheidungsfähigen Menschen auf dessen ausdrückliches Verlangen hin: <i>nicht erlaubt</i>

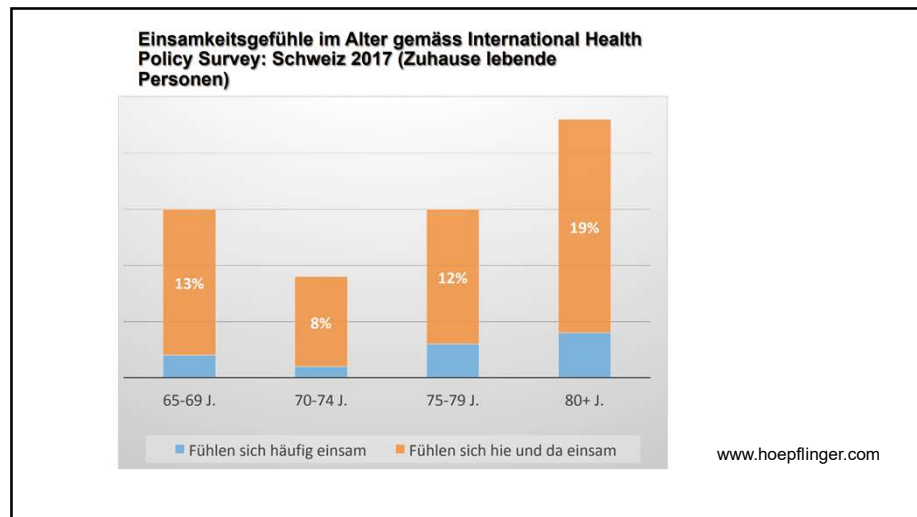
**Fokus assistierter Suizid**  
**Entwicklung der Suizide in der CH (Bfs 2018)**



Bis 2009 enthielt die Zahl der Suizide auch die assistierten Suizide!

**Wunsch nach assistiertem Suizid**

- Es sind nicht so sehr Schmerzen oder körperliche Symptome, auch nicht Vereinsamung, Depression oder finanzielle Sorgen, die Menschen zur unterstützten Selbsttötung motivieren, sondern der Wunsch nach Kontrolle der Todesumstände, die Angst vor dem Verlust von Selbständigkeit und Würde sowie die Erwartung künftigen Leidens (Borasio et al. 2020, S. 69ff).
- Der Wunsch nach assistiertem Suizid ist bei hochbetagten Menschen selten, Zahlen aus der Schweiz zeigen, dass zwar 16% der Bewohner\*innen von Pflegeheimen das Sterben herbeisehnen, aber nur 0,4% den assistierten Suizid wünschen (Jox 2019).



**Gründe für das Verlangen nach Suizidbeihilfe**

	Ärzte	Patienten	P value
<i>Somatische Gründe</i>			
Schmerz	56%	58%	0.74
Atemnot	23%	23%	1.00
<i>Soziale Gründe</i>			
Drohende Pflegebedürftigkeit	37%	39%	0.65
Immobilität	23%	30%	0.17
<i>Psychoexistentielle Gründe</i>			
Kontrolle der Todesumstände	12%	39%	<b>0.000</b>
Würdeverlust	6%	38%	<b>0.000</b>

Fischer S et al. Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. [Swiss Med Wkly 2009;139:333-338](#)

Hat sich seither verändert:  
 Somatische Gründe werden seltener (Bessere Etablierung von Palliative Care)  
 Soziale und existentielle Gründe haben zugenommen

### Exemplarisches Beispiel: Herr XY, 85j

- .....zeichnet sich ab, dass nächstens ein Übertritt in ins Pflegeheim erfolgen müsste. Dazu ist Herr XY nicht bereit. Er legte klar und aus dem Kontext seiner gesamten Lebensgeschichte und Lebenshaltung heraus verständlich dar, dass er niemals bereit sei, ins Pflegeheim überzutreten. Er wolle nicht zunehmend hilfsbedürftig und pflegeabhängig werden und während einer zeitlich nicht vorhersehbaren Phase auf sein Ende warten.

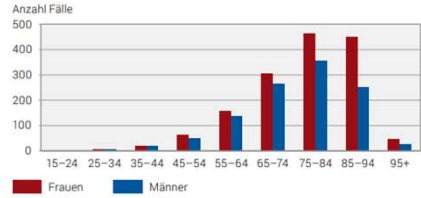
- Seit Ende November war er beinahe durchgehend bis Ende Januar hospitalisiert (die letzten zwei Wochen im Zentrum für Rehabilitation und Altersmedizin), zunächst wegen symptomatischem Vorhofflimmern, danach wegen massiver Verschlechterung des Allgemeinzustandes und rezidivierenden Stürzen infolge eines Infekts mit unbekanntem Fokus. Seither bleibt sein Allgemeinzustand stabil reduziert und damit die Lebensqualität aus Sicht von Herrn XY unerträglich stark eingeschränkt.
- Freitodbegleitungen bei (Alters-) Polymorbidität:  
Größenordnung 30% der assistierten Suizide (Angabe von EXIT)

„Das Lebensende ist im Alter viel näher als bei Jüngeren, auch wenn das im Alltag oft verdrängt wird. Deshalb verzichtet ein alter Mensch bei einem Suizid auf weniger Lebenszeit als ein junger. Dazu kommt, dass Alterssuizide viel seltener Affekt-Kurzschlusshandlungen sind, wie sie bei Jüngeren die Regel sind. Denn tatsächlich haben viele Alte ein schönes, reiches Leben hinter sich; sie sind beim Einsetzen von Gebrechlichkeit oder gar unheilbaren Krankheiten wie metastasierendem Krebs oder immer wieder dekompensierender Herzinsuffizienz häufig der Meinung, dass in Zukunft nur noch wenig Gutes zu erwarten sei (...).

Ob das Lebensende mittels Pentobarbital von Exit, mittels terminalem Fasten oder durch Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen herbeigeführt wird, ist im säkularen Heute eigentlich unerheblich. Denn schon heute erfolgen in der Schweiz die meisten Todesfälle nach ausdrücklicher oder unausgesprochener passiver Sterbe-Hilfe.“

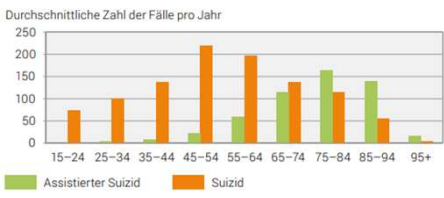
Quelle: Albert Wettstein im Gerontologieblog des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich, 9.1.2015, www.gerontologieblog.ch

Assistierter Suizid nach Alter und Geschlecht, Periode 2010–2014 G 4



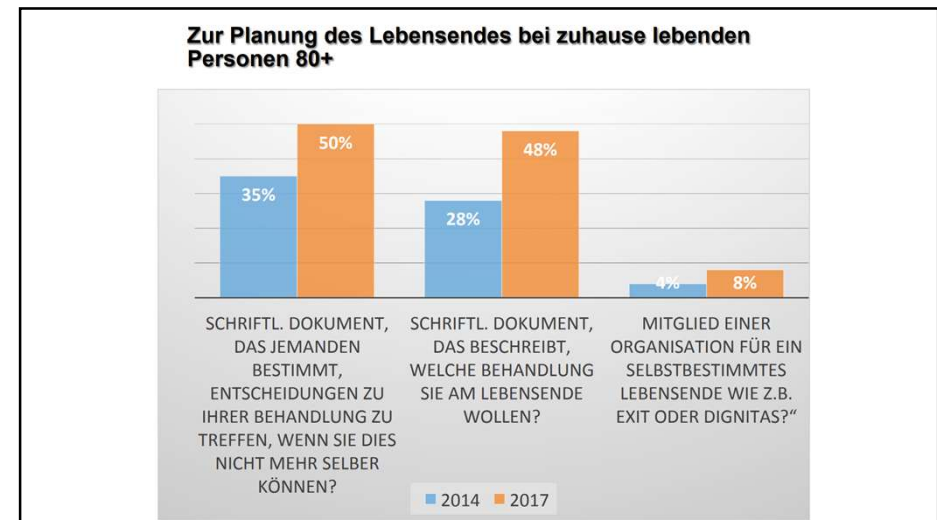
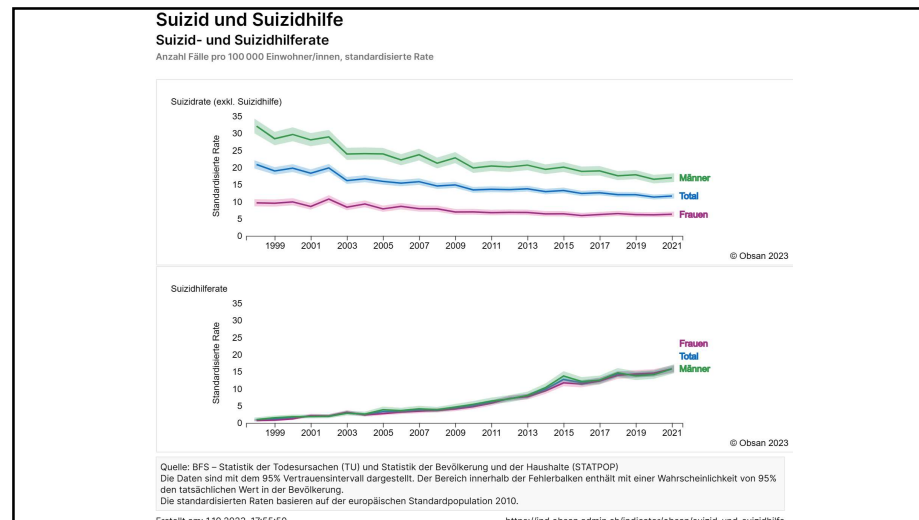
Quelle: BFS – Todesursachenstatistik © BFS 2016

Assistierter Suizid und Suizid nach Alter, Periode 2010–2014 G 8



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik © BFS 2016

Die assistierten Suizide haben von 1196 im Jahr 2019 auf 1251 im Jahr 2020 zugenommen, also um 4,6%. Die grosse Mehrzahl der Sterbehilfefälle betraf **Menschen ab 65 Jahren (88% der Fälle)** (BFS 2022)



## Trägt assistierter Suizid zur Lebensqualität alter und hochbetagter Menschen bei?

- Der Anteil alter Menschen, die sich wünschen, dass das Leben zu Ende geht, ist gestiegen (Folge des immer höheren Alters?)
- Was trägt in dieser Situation zur Lebensqualität bei?
  - Darüber reden, offen sein für die Gedanken der Betroffenen
  - Mit Betroffenen analysieren, was an ihrer Situation verändert werden kann
  - Klären, wie dringend der Wunsch ist und über die Möglichkeiten informieren:
    - Therapiebegrenzung → festhalten und für Umsetzung sorgen
    - FVNF → informieren, dass das viel Selbstdisziplin braucht
    - Assistierter Suizid: Initiative muss bei Betroffenen bleiben!
    - Palliative Sedierung ist nur indiziert bei therapierefraktären Symptomen und nicht zur Linderung existentiellen Leidens! → kein Angebot in dieser Situation.

## Trägt assistierter Suizid zur Lebensqualität alter und hochbetagter Menschen bei?

- Lebensqualität:
  - verstehen und verstanden werden
  - Gute Symptomlinderung und Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Verschlechterung (Angstreduktion, Sicherheit)
  - Wissen welche Möglichkeiten es gibt, wenn ich es nicht mehr aushalte
    - Für viele alte Menschen ist es beruhigend zu wissen, was möglich ist und als letzte Option den assistierten Suizid wählen zu können → immer mehr alte Menschen sind Mitglieder einer Sterbehilfeorganisation (ca. 10%), aber nur ganz wenige nehmen das Angebot auch in Anspruch (0.4%)
    - → das Gefühl, nicht einfach dem Schicksal (und der Medizin) ausgeliefert zu sein, sondern die Zügel noch in den Händen zu halten kann viel Lebensqualität und Gelassenheit ermöglichen → Therapiebegrenzung, Mitgliedschaft Sterbehilfeorganisation