

Suizidhilfe bei Demenz wirft Fragen auf

Ein Fall von aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden beschäftigt die Schweiz – zwei Angehörige berichten

DOROTHEE VÖGELI

Ein demenzkranker Mann hatte beschlossen, sich mit Exit das Leben zu nehmen. Bevor er das in Wasser aufgelöste Sterbemittel trank, bekräftigte er mit seiner Unterschrift, dass dieser Schritt seinem Willen entspricht. Und als ihn der Sterbebegleiter wenige Minuten vor dem Tod nochmals fragte, ob er wirklich sterben wolle, sagte er klar und deutlich: «Ja, das ist in Ordnung.» Ihr Ehemann sei in ihren Armen friedlich eingeschlafen, berichtet Gudrun K., immer noch tief beeindruckt von diesem Moment, den sie mit einer Geburt vergleicht – mit einem Kaiserschnitt, einem ebenfalls nicht natürlichen Geschehen. Der Gedanke tröstet sie.

Ihr Mann ist einer von 18 Menschen mit einer Demenzdiagnose, denen Exit Schweiz 2018 einen assistierten Suizid ermöglichte. Angesichts der im gleichen Jahr vollzogenen 905 Sterbebegleitungen ist der Anteil zwar klein, mit dem sukzessiven Anstieg der Zahl der Sterbebegleitungen hat er sich aber seit 2010 ebenfalls erhöht: Damals starben 4 Demenzkranke mit Exit, 2019 waren es 15. Das Problem bei dieser Patientengruppe ist die Interpretation ihres Willens. Ein aktuelles Urteil aus den Niederlanden hat viele aufgeschreckt.

«Ich bin nicht dein Henker!»

Eine Frau hatte in einer Patientenverfügung festgehalten, dass sie im Falle von schwerer Demenz aktive Sterbehilfe wünsche. Als sie wegen einer Alzheimer-Erkrankung in ein Pflegeheim umzog, soll sie allerdings widersprüchliche Signale ausgesendet haben. Laut der «Frankfurter Allgemeinen» verabreichte ihr eine Ärztin trotzdem eine tödliche Injektion. Die Frau habe sich gewehrt, sei aber von ihren Angehörigen festgehalten worden, bis sie gestorben sei, schreibt die

Hier gibt es Hilfe

Wenn Sie selbst Suizidgedanken haben oder jemanden kennen, der Unterstützung benötigt, wenden Sie sich bitte an die Berater der Dargebotenen Hand. Sie können diese vertraulich und rund um die Uhr telefonisch unter der Nummer 143 erreichen. Spezielle Hilfe für Kinder und Jugendliche gibt es unter der Nummer 147.



Viele Demenzkranke haben Todesgedanken. Die Gründe dafür gilt es sorgfältig abzuklären.

ANNICK RAMP / NZZ

Zeitung. Die Staatsanwaltschaft klagte daraufhin die Ärztin wegen Mordes an, diese wurde freigesprochen. Das höchste Gericht der Niederlande hat den Freispruch inzwischen bestätigt.

Dieser Fall schockiere sie sehr, sagt Gudrun K., sie sei froh, dass aktive Sterbehilfe in der Schweiz verboten sei. Für sie ist aber auch beim assistierten Suizid klar: «Will ein Mensch im allerletzten Moment, in dem alles bereit ist, dann doch nicht sterben, muss man das respektieren.» Sie ist froh über die deutliche Willensbekundung ihres Mannes ganz am Schluss – das hatte sie nicht erwartet. Als er mit 71 die Diagnose Demenz erhielt, wurde er umgehend Mitglied von Exit. Die Frage aber, wann genau er die Dienste des Vereins beanspruchen soll, trieb ihn während acht Jahren um.

Wie ein Damoklesschwert hing die Gefahr über ihm, plötzlich nicht mehr urteilsfähig zu sein und den «richtigen» Zeitpunkt zu verpassen. Gleichzeitig war der Weitgereiste und stets elegant gekleidete noch voller Lebenslust, unternahm Kreuzfahrten, obwohl er ohne die

Hilfe seiner Frau die Kajüte und den Speisesaal nicht mehr gefunden hätte. Manchmal fragte er sie alle paar Tage: «Ist es nun so weit?» Sie sagte jeweils: «Ich bin doch nicht dein Henker!» Er, der schon den Sarg ausgesucht und den Bestatter bezahlt hatte, fand einfach keinen Termin.

Auch als sich sein Zustand verschlechterte und seine Frau ihm sagte, dass er sich nun entscheiden müsse, war er unsicher. Sie sagte ihm aber auch: «Wenn du den Zeitpunkt verpasst, dich bis zum Tod zu pflegen.» Sie habe ihn so sehr geliebt, sagt die 74-Jährige, die früher als Nanny ihr Brot verdiente und ihrem Mann nie das Gefühl gab, krank zu sein.

Doch seine Unentschlossenheit zehrte an ihr. Sie begann eine Therapie, suchte in einer Selbsthilfegruppe Rat. Das Thema Suizidhilfe bei Demenz sei tabu, stellt sie fest, ein Austausch sei nicht möglich gewesen. Auch der Sterbebegleiter, mit dem ihr Mann immer wieder Gespräche zum Termin geführt habe, sei sehr zurückhaltend gewesen. – Irgendwann

brach sie zusammen und musste ins Spital. Notfallmässig bot sie den Sohn auf, zu Hause einzuspringen. In den folgenden vierzehn Tagen habe der Sohn mit dem Vater die «Sache abgewickelt». Der letzte Wunsch ihres Mannes, auf dem Markusplatz in Venedig Walzer zu tanzen, sei in Erfüllung gegangen. Danach sei er mit Exit gestorben. «Ich hätte ihn gerne länger bei mir gehabt. Aber ich konnte ihn nicht zwingen», sagt sie.

Wann ist der richtige Zeitpunkt?

Auch Frau B., wie sie genannt werden möchte, ist mit dem Sterbewunsch ihres demenzkranken Ehemanns konfrontiert worden. «Bring mir ein tödliches Medikament», sagte er ihr, als Ärztin habe sie Zugang dazu. Nein, so einfach sei das nicht, antwortete sie. Abgesehen davon glaube sie nicht, dass der Zeitpunkt schon gekommen sei. Weshalb war sie so sicher? Sie vertraue auf ihre Intuition, sagt sie im Gespräch mit der NZZ. Auch bei ärztlichen Diagnosen habe sich der erste gefühlsmässige Eindruck spä-

ter meistens als richtig erwiesen. «Ich spürte einfach, dass Suizidhilfe für meinen Mann nicht das Richtige ist.»

Das war vor drei Jahren. Inzwischen lebt ihr Mann in einem Heim. Als sie vom Schicksal der demenzkranken Frau in den Niederlanden erfuhr, war Frau B. erschüttert. Sie meldete sich bei der Organisation Alzheimer Schweiz, die den Fall auf der Website problematisiert. Sie habe die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner ihres Mannes nun schon länger beobachten können, auch jene, die überhaupt nicht mehr sprächen, sagt Frau B. Ihr Fazit: «Menschen mit schwerer Demenz drücken so vieles aus, wenn man achtsam ist.» Bei Todeswünschen muss man ihres Erachtens besonders achtsam sein. Der geringste Hinweis auf ein Nein zur Sterbehilfe sei höher zu gewichten als ein früherer Todeswunsch und eine frühere Patientenverfügung.

Ihr Mann war mit 63 Jahren an Alzheimer erkrankt. Er liess sich frühzeitig pensionieren, sie blieb weiterhin berufstätig. Die Krankheit schritt dank Medikamenten nur langsam voran. Seine Lebensqualität sei während rund zehn Jahren gut gewesen, berichtet seine Frau. Plötzlich veränderte sich sein Zustand fundamental: Er ass nicht mehr und äusserte häufig Suizidgedanken. Als der 1,86 Meter grosse Mann ins Spital kam, wog er nur noch gut 60 Kilogramm.

«Ich will mit dieser Krankheit nicht mehr weiterleben», sagte er nun. Er hatte erkannt, dass die Abwärtsspirale unaufhaltbar war. Vorher war auch dank der Unterstützung seiner Frau noch vieles möglich gewesen, eine Kreuzfahrt zum Beispiel oder eine Reise nach Paris. Jetzt gab es für ihn keine Zukunftspläne mehr. Doch dann diagnostizierten die Ärzte der Akuteriatrie eine Depression und leiteten nicht nur eine intensivmedizinische, sondern auch eine psychiatrische Behandlung ein.

Gerne hätte Frau B. ihren Mann weiter zu Hause betreut. Die Ärzte rieten ihr davon ab. Der Schritt fiel ihr schwer, umso erleichterter war sie, als ihr Mann nach dem Umzug in ein spezialisiertes Heim für Demenzkranke wieder zu Kräften kam und die Antidepressiva wirkten. Sein Wille ist für sie jedoch oberstes Gebot. Nach etwa drei Monaten sprach sie deshalb das Thema Sterben nochmals an: «Wie siehst du's jetzt?», fragte sie ihn. «Ich möchte noch nicht sterben, es geht mir eigentlich gut», lautete seine Antwort. Auch heute sieht er das so.

«Im Zweifelsfall muss man sich für das Leben entscheiden»

Der Psychiater Armin von Gunten hält Suizidhilfe bei Demenz unter strikten Bedingungen für vertretbar

Laut Medienberichten hat eine demenzkranke Frau in den Niederlanden aktive Sterbehilfe gewünscht, sich dann aber gegen die Todesspritze gewehrt – und wurde trotzdem getötet. Wie beurteilen Sie den Fall?

Ich kenne den Fall auch nur aus den Medien, wie das im Detail war, weiss ich nicht. Grundsätzlich ist es aber schon möglich, dass der Sterbewille lange relativ klar ist, der Patient sich aber im Moment der definitiven Entscheidung überfordert fühlt. Denn demenzkranke Menschen reagieren stark aufs Umfeld, positiv wie negativ. Falls es aber tatsächlich so gewesen ist, dass die Betroffene ihre Ablehnung kundtat, ist das natürlich sehr problematisch.

Die Frau soll sich nonverbal gegen die tödliche Injektion gewehrt haben. Lassen sich körperliche Signale zuverlässig als Willensäusserungen interpretieren? Rechtlich ist es in der Schweiz ausgeschlossen, dass sich jemand gegen Suizidhilfe wehrt und trotzdem getötet wird. Denn hierzulande ist Suizidhilfe nur erlaubt, wenn der Betroffene den Tötungsakt selber vollzieht, also den Todestrank einnimmt oder den Injektionshahn öffnet. Grundsätzlich sind aber auch ver-



Armin von Gunten
Gerontopsychiater,
Mitglied im
Expertenbeirat von
Alzheimer Schweiz

bale Äusserungen interpretationsbedürftig. Worte sind kein Garant dafür, dass sie auch tatsächlich die Intention des Patienten abbilden. Insofern sind nonverbale Äusserungen nicht unbedingt schlechtere Zeichen für den affektiven Zustand des Patienten – zumal das emotionale Erleben bei Demenz häufig länger erhalten bleibt als die kognitiven Kompetenzen.

Um urteilsfähig zu sein, sind also Emotionen unabdingbar?

Ja. Entscheidungen werden nie allein auf der kognitiven Basis getroffen, das affektive Vermögen spielt ebenfalls eine zentrale Rolle. Auch wenn das Kognitive eingeschränkt ist, kann ich immer noch meine Art und Weise, in der Welt zu sein, meine persönliche Werthaltung zum Ausdruck bringen.

Kann ich trotz kognitiven Störungen wissen, dass ich mit Suizidhilfe sterben will?

Ich denke schon, wobei es immer darauf ankommt, in welchem Stadium der Demenz man über das Sterben spricht. Eine beginnende Demenz und eine fortgeschrittene Demenz sind zwei unterschiedliche Krankheiten. Bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz ist Suizidhilfe kaum möglich.

Weshalb?

Momentane Gemütsstimmungen sind nicht unbedingt Ausdruck eines Willens zum Sterben. Es sind Oberflächenbewegungen, deren Tektonik man nicht kennt. Vielleicht will der Patient den Suizid wirklich, weiss aber im Moment nicht mehr, warum es geht. Der Ausdruck des Patienten widerspiegelt dann nicht unbedingt das, was er eigentlich wollte. Ich plädiere deshalb für eine vorsichtige Haltung. Im Zweifelsfall muss man sich für das Leben entscheiden.

Damit es klar ist, muss man also entscheiden, bevor die Situation unerträglich wird.

Das ist das grosse Dilemma. Mit den sogenannten Voraussetzungen («direc-

tives anticipées») hatte ich immer Probleme. Das Gesetz respektiert die Verfügung, sofern die kognitiven Kapazitäten intakt sind, ignoriert aber eine spätere affektive Präferenz. Damit meine ich eine Stimmung, die es mir erlaubt zu fühlen, welche Entscheidung besser zu mir passt. Selbstverständlich sollten jedoch die Betroffenen ihre Meinung ändern können. Was in der Verfügung steht, darf nicht absolut gelten.

Im Fall von Demenz gewähren die Sterbehilfeorganisationen nur im Frühstadium Suizidhilfe. Woran erkennt man, dass der Zeitpunkt dafür vorbei ist?

Es gibt keinen Umschlagpunkt. Meistens sind es kontinuierliche Veränderungen. Die Stadien leicht, mittel und schwer lassen sich deshalb nicht auf den Tag genau und nicht mit Sicherheit bestimmen. Meines Erachtens sollte man deshalb die Frage der Suizidhilfe nicht ausschliesslich vom Stadium abhängig machen. Auch bei mittelschwerer Demenz kann Exit im seltenen Fall eine Option sein.

Hatten Sie schon solche Fälle?

Eine Person mit mittelschwerer Demenz

sagte während Jahren, irgendwann sei es ihr zu viel. Wir evaluierten ihren Willen immer wieder von neuem, schliesslich starb sie mit Exit. Ihr Wille war konsistent und Ausdruck ihrer persönlichen Werthaltung.

Was, wenn der Patient schwankt?

Dann soll man abbrechen. Wenn er sagt, das Leben sei doch nicht so schlecht, hat er keinen klaren Todeswunsch.

Welche Rolle spielt das Umfeld?

Unter Umständen eine grosse. Problematisch sind die Projektionen. Sie kommen zum Ausdruck in Sätzen oder nonverbalen Äusserungen wie «Wäre ich in deiner Situation, wäre ich lieber tot». Auch das Angebot von Exit schafft Druck. Es umfasst das Konträre, also sich zu töten, wenn man nichts mehr wert ist. Solche Informationen sind nicht unbedingt beabsichtigt, sie werden aber je nachdem so verstanden. Wir müssen uns bewusst sein: Als Angehörige, Professionelle und als Gesellschaft bringen wir unser Weltbild ein, das den Patienten oder die Patientin unter Druck setzen kann.

Interview: Dorothee Vögeli