Erfahrungsbericht aus ärztlicher Sicht zum praktischen Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid in der Klinik

In meinem Arbeitsalltag als in der Klinik tätige Internistin sind mir über die Jahre viele Situationen begegnet, die mich an der Fähigkeit des Gesundheitssystems, Todeswünschen am Lebensende angemessen zu begegnen, zweifeln ließen. Besonders eindrücklich erinnere ich mich an einen Patienten mit metastasiertem Tumorleiden im Endstadium, der auf Veranlassung seiner Ehefrau infolge der zu Hause überfordernden Pflegesituation stationär aufgenommen worden war. Als Stationsärztin kam mir eigentlich kein »medizinischer« Auftrag zu, Schmerzen und Übelkeit waren gut beherrschbar, weitere Diagnostik angesichts der hochpalliativen Gesamtsituation nicht mehr sinnvoll. Somit bestand meine Hauptaufgabe in der Vermittlung eines Ortes, wo der Patient, dessen zeitnahes Ableben bevorstand, würdevoll sterben konnte. Sämtliche Palliativstationen und Hospize der Stadt waren, wie so oft, vollständig ausgelastet. Die hastige Verlegung in ein Pflegeheim erschien in Anbetracht der Kürze der verbleibenden Zeit unter organisatorischen Aspekten wie auch auf zwischenmenschlicher Ebene fragwürdig (wenngleich es sich hierbei um ein übliches, mit entsprechendem Druck seitens Klinikleitungsebene und Medizincontrolling umgesetztes Prozedere handelt).
Die Unterstützung durch ein ambulantes Palliativteam in der Häuslichkeit war in diesem Fall auch nicht realisierbar, da dies von der sichtbar überlasteten Ehefrau des Patienten abgelehnt wurde. Sie nahm meine Zeit und Aufmerksamkeit hinter verschlossenen Türen mehr in Anspruch als der Patient selbst und flehte mich an, ihn nicht nach Hause zurückzuschicken (was angesichts des Entlassungsdrucks im Kliniksetting eine durchaus realitätsnahe Sorge darstellte). Sie erzählte mir, dass sie ihren Mann nicht mehr ertragen könne, zu lange habe sie ihn schon gepflegt, sie werde selbst krank. Ihre Ablehnung blieb letztendlich auch dem Patienten nicht verborgen. Dieser erwiderte bald auf meine Frage bei der Visite, was ich abgesehen vom Organisatorischen für ihn tun könnte, dass er nur »die Spritze« als Hilfe empfinden würde. Jene stehe ihm zu, da er angesichts seiner körperlichen Schwäche nicht mehr in der Lage sei, aus dem Fenster zu springen oder sich zu erhängen. Sein Herbeisehnen des Todes war leicht einfühlbar, die subjektive Unerträglichkeit seines Leidens war ihm anzusehen und die Tatsache, wie offen er die Zurückweisung seiner Partnerin zu spüren bekam, war erschütternd. Ungeachtet, welche persönlichen beziehungsweise Ehekonflikte dahinterstanden, war ihre Überforderung ebenfalls gut verständlich.

Ich erzählte, ursprünglich zu meiner eigenen Entlastung, meiner damaligen Oberärztin von dieser Situation. Völlig unerwartet für mich veranlasste sie daraufhin eine Unterbringung des Patienten auf der geschlossenen Psychiatrie. Es war entwürdigend, wie er in der so kurzen ihm noch verbleibenden Zeit eingesperrt wurde. Wenige Tage später wurde er allerdings zurück auf meine Station verlegt, nachdem die Kolleg*innen der Psychiatrie die Abwegigkeit der geschlossenen Unterbringung deutlich gemacht hatten, und glücklicherweise gelang schließlich wider Erwarten seine Verlegung in ein Hospiz. Dennoch eine tragische Geschichte: Der Patient war in den letzten Tagen seines Lebens

https://doi.org/10.14361/9783839467923-022 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

bei vollem Besitz seiner geistigen Kräfte Objekt der rigiden Formalitäten eines medizinischen Systems geworden, das sich unter Berufung auf eine falsch verstandene Fürsorgepflicht aus der ethischen Verantwortung zieht.

Dennoch frage ich mich bis heute: Wäre man dem Patienten mit einer Suizidbegleitung im stationären Aufenthalt gerecht geworden? Vielleicht hätte man schon durch die Existenz dieses Angebots die angespannte Situation entlasten und den Patienten auf diese Weise in seinen letzten Tagen von den Konflikten mit seiner Partnerin abschirmen können, oder aber die Frau hätte unter der Voraussetzung einer durch den geplanten Suizid zeitlich absehbaren Versorgung zu Hause womöglich sogar einer Entlassung mit ambulanter Palliativversorgung und Sterbebegleitung zugestimmt. Gleichwohl bliebe der Eindruck einer Suizidentscheidung zurück, deren Entstehungskontext zutiefst mit wirtschaftlichen und sozialen Pressionen verwoben wäre, welche ebenso unverkennbare Realität wie autonomiegefährdende Einflüsse darstellen: Überforderte, allein gelassene Angehörige und ein von ökonomischen Interessen getriebenes Gesundheitssystem, das nicht in der Lage ist, einem todgeweihten Patienten den zeitlichen und räumlichen Rahmen zur Verfügung zu stellen, sich frei zu entscheiden, ob er seinen Tod selbstbestimmt vorziehen oder ihn in der Gewissheit um eine würdevolle Versorgung am Lebensende abwarten möchte.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-022 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

https://doi.org/10.14361/9783839467923-022 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY