»Frau Doktor, können Sie mir nicht was geben, dass es vorbei ist?«

Die Rolle der Hausärzt*innen bei Sterbewünschen

Luise Farr

Einleitung

Von der Wiege bis zur Bahre, vom Mückenstich bis zum akuten Herzinfarkt, von der schnellen Impfung bis zur kompletten Gesundheitsuntersuchung – Hausärzt*innen sind für den Großteil der Bevölkerung in Deutschland, Österreich und der Schweiz die ersten Ansprechpersonen in Fragen zu Gesundheit und Krankheit (vgl. DEGAM 2002). Ihre Position als niedrigschwelliger Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem, ihr generalistisches Selbstverständnis und ihre hermeneutische Arbeitsweise prädestinieren sie dafür, auch mit Sterbewünschen und Anfragen zur Suizidassistenz kontaktiert zu werden. In verschiedenen Regionen der Niederlande erwiesen sich Hausärzt*innen als die am häufigsten an ärztlich assistierten Suiziden und Tötung auf Verlangen beteiligte Fachdisziplin (vgl. Koopmann/Putter 2016). Umso mehr überrascht es, dass Hausärzt*innen in die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen zur Neuregelung der Suizidassistenz in Deutschland nicht einbezogen wurden.

Im folgenden Kapitel soll ihre Rolle und Bedeutung im Hinblick auf die praktische Regelung des assistierten Suizids in Deutschland veranschaulicht werden. Hierzu werden einige Besonderheiten des hausärztlichen Selbstverständnisses und Arbeitens sowie deren Bedeutung für den Umgang mit Sterbewünschen in der hausärztlichen Praxis betrachtet. Wie dieser Umgang im Rahmen der Gegebenheiten einer hausärztlichen Sprechstunde verantwortbar gestaltet werden kann, wird anschließend in möglichen Implikationen für die Praxis dargelegt.

Hermeneutisch arbeitende Generalist*innen für jedermann und jedefrau

Nicht jeder Mensch ist in Behandlung bei einer*einem Fachärztin*arzt für Neurologie, Psychiatrie, Onkologie oder Palliativmedizin – zum Glück! Denn bei Weitem nicht alle haben eine Erkrankung, die die regelmäßige Behandlung durch eine dieser Fachdiszipli-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

nen erforderlich macht. Dagegen braucht beinahe jede*r mal eine Krankschreibung, eine Impfung oder einen ärztlichen Rat, beispielsweise bei Rückenschmerzen, hartnäckigem Husten oder Niedergeschlagenheit. Für solche und viele weitere Konsultationsanlässe hat nahezu jeder Mensch eine*n Hausärztin*arzt.

Hausärzt*innen verstehen sich als Generalist*innen in der Medizin. Bei ihnen laufen viele Fäden zusammen, zum Beispiel in Form von Befunden mitbehandelnder Therapeut*innen und Fachspezialist*innen. Oft kennen sie aufgrund der in der Regel vorhandenen Wohnortnähe, der Möglichkeit zu Hausbesuchen und möglicherweise der Mitbetreuung von Familienmitgliedern auch das Wohn- und soziale Umfeld ihrer Patient*innen (vgl. WONCA Europe (Hg.) 2023: 7.11.15.). All diese Aspekte tragen zum einen dazu bei, dass sich im Rahmen einer längerfristigen hausärztlichen Betreuung eine besonders vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärztin*Arzt und Patient*in etablieren kann. Zum anderen ermöglichen sie Hausärzt*innen einen zeitlich, biografisch, fachlich und psychosozial geweiteten Blick um jede einzelne Konsultation herum.

Um an dieser Stelle Missverständnissen vorzubeugen: Hiermit soll weder der Anspruch erhoben werden, dass Hausärzt*innen allwissend sind, noch die Zuschreibung einer Allzuständigkeit impliziert werden. Eine gute medizinische und soziale Versorgung kann nur durch die kooperative Nutzung verschiedener Expertisen gewährleistet werden. Daher zählt es zu einer der Hauptaufgaben der hausärztlichen Primärversorgung, Patient*innen bei entsprechenden Indikationen und Fragestellungen zielgerichtet an Fachspezialist*innen und Therapeut*innen zu überweisen. Das angesprochene generalistische Selbstverständnis bezieht sich vielmehr auf eine Arbeitsweise, die sich nicht auf bestimmte Organsysteme oder Aufgaben fokussiert, sondern den Menschen – so, wie er das Sprechzimmer betritt – als Ganzes sieht (vgl. DEGAM [Hg.] 2012: 6; vgl. Independent Commission for the Royal College of General Practicioners and the Health Foundation [Hg.] 2011).

Hieraus ergibt sich ein hermeneutisches Fallverständnis. Damit ist einerseits gemeint, dass das Anliegen von Patient*innen multimodal betrachtet und behandelt wird. Mit dem bio-psycho-sozialen Konzept von Gesundheit und Krankheit (vgl. Engel 1977) als Grundlage, erweitert um spirituelle, existenzielle, kulturelle und ökologische Aspekte (vgl. DEGAM 2002; vgl. WONCA Europe (Hg.) 2023: 7.11.15), wird dabei dem Umstand Rechnung getragen, dass Beschwerden häufig multifaktoriell bedingt sind. Außerdem können sie im Leben von Patient*innen je nach Situation ganz unterschiedliche Auswirkungen und Funktionen haben, beispielsweise bezüglich der Arbeitsfähigkeit und der Gestaltung des Privat- und Familienlebens. Der Umstand, dass Hausärzt*innen ihre Patient*innen häufig bereits länger kennen, kann von Vorteil sein, um Konsultationen patientenzentriert und kontextbezogen zu verstehen und in einem zweiten Schritt Lösungen zu finden, die zu den Patient*innen und ihren individuellen Situationenen passen. Im besten Fall beantworten Ärzt*innen die angesprochenen Beschwerden also nicht lediglich mit zielgerichtet ausgewählter Fachexpertise, sondern bemühen sich darum, mit den Patient*innen »Interpretationsgemeinschaften«« (Bahrs 2012: 357) zu bilden. Voraussetzung dafür ist der Dialog. Nur so kann es gelingen, das individuelle Krankheitskonzept der Patient*innen einzubeziehen. Das Ziel besteht darin, gemeinsam mit Patient*innen Ansätze zu finden, mit denen ihre Probleme für sie verstehbar werden und

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

gemeinsam Strategien für den Umgang damit zu entwickeln, die für die Patient*innen kohärent sind und das medizinische Fachwissen der Ärzt*innen nutzen (vgl. ebd.).

Die beschriebene Herangehensweise ist insbesondere bei der langfristigen medizinischen Betreuung und bei komplexen Beratungsanlässen relevant. Ein solcher kann auch die Äußerung eines Sterbewunsches oder die konkrete Bitte um Suizidassistenz sein. Dazu, wie häufig solche Anfragen an Hausärzt*innen in Deutschland herangetragen werden, liegen zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Textes noch keine veröffentlichten Daten vor. In Abhängigkeit von soziodemografischen Gegebenheiten und weltanschaulichen Faktoren kann hier eine gewisse Heterogenität angenommen werden. Daran, dass Hausärzt*innen mit Sterbewünschen konfrontiert werden, besteht jedoch kein Zweifel (vgl. Schneider/Lindner/Giegling et al. [Hg.] 2021: 229).

Sterbewünsche im hausärztlichen Patient*innenklientel

Eine Betrachtung der soziodemografischen Daten, medizinischen Diagnosen und Motive von N=117 Personen, die zwischen 2010 und 2013 mithilfe der »Sterbehilfe Deutschland« (StHD, heute: Verein Sterbehilfe) Suizidassistenz in Anspruch genommen haben, verdeutlicht, dass ein bedeutender Anteil davon sich eher nicht in spezialisierter medizinischer Behandlung befand. Zwei Drittel waren mindestens 70 Jahre alt. Neben metastasierten Krebsleiden (25,6 %), schweren neurologischen Erkrankungen (20,5 %) und psychiatrischen Diagnosen (14,5 %) lautete bei fast einem Viertel die Diagnose altersassoziierte Erkrankungen oder Einschränkungen. Bei rund acht Prozent war physische und psychische Gesundheit vermerkt. Bezüglich der Motivation des Sterbewunsches gab rund ein Drittel den Verlust der Lebensperspektive im Angesicht einer schweren Erkrankung an, rund ein Viertel die Angst vor Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit und etwa ein Fünftel Lebensmüdigkeit ohne Vorliegen einer lebenslimitierenden Erkrankung. Lediglich ein Achtel nannte nicht behandelbare Symptome als Ursache für den Sterbewunsch (vgl. Bruns/Blumenthal/Hohendorf 2016).

Insbesondere die Älteren, die unter ihrer oft als einschränkend empfundenen altersbedingten Gebrechlichkeit leiden und sich um Abhängigkeit von anderen Menschen und Pflegedürftigkeit sorgen, vielleicht schon im Pflegeheim wohnen und daher auf Hausbesuche angewiesen sind, entsprechen einer vorrangig hausärztlich versorgten Personengruppe. Auch außerhalb der in der Studie betrachteten kleinen Gruppe ist erwiesen, dass im Alter häufig Sterbewünsche geäußert werden und das Suizidrisiko (auch ohne Beihilfe) am höchsten ist (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 157). Die Motive für den Sterbewunsch sind dabei meist multifaktoriell bedingt und wurzeln oft tief in der eigenen Biografie (vgl. ebd.; vgl. Castelli Dransart/Lapierre/Erlangsen et al. 2021: 428).

Die in oben genannter Studie betrachteten soziodemografischen, gesundheitlichen und motivationalen Daten legen nahe, dass ein wesentlicher Anteil der potenziell an Suizidassistenz interessierten Personen vorrangig hausärztlich betreut wird. Hieraus ergibt sich: Selbst wenn Hausärzt*innen nicht explizit in den juristischen und praktisch-organisatorischen Vorgaben auftauchen, werden sie nicht selten bei der Suizidassistenz eine Rolle spielen – mindestens als erste Ansprechpersonen und somit als Anlaufstelle zur informellen Beratung vor der eigentlichen Beratung.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Die informelle Beratung vor der Beratung: Kommunikation, Exploration und nicht immer Aktion

Was ist mit dieser »informellen Beratung vor der Beratung« konkret gemeint? Die erste Voraussetzung dafür ist selbstverständlich, dass der Sterbewunsch kommuniziert wird. Das kann geschehen, indem Patient*innen diesen direkt äußern. Allerdings ist das – vor allem in der besonders vulnerablen Gruppe der Älteren – nicht immer der Fall (vgl. Balaguer/Monforte-Royo/Porta-Sales et al. 2016: 2; vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 157). Daher ist es essenziell, dass Ärzt*innen in der Interaktion auch implizite Hinweise wahrnehmen und die Patient*innen darauf ansprechen (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 157). Die Sorge, sie dadurch vielleicht erst auf die Idee zu bringen, sterben zu wollen oder sich (assistiert oder nicht) zu suizidieren, ist unbegründet (vgl. Dazzi/Gribble/Wessely/Fear 2014). Ganz im Gegenteil kann ein solches Gespräch sogar entlastend wirken (vgl. Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour [Hg.] 2012: 77; vgl. Mental and Behavioural Disorders Department of Mental Health World Health Organization [Hg.] 2000: 11). Die Patient*innen fühlen sich mit ihren wie auch immer gearteten Leiden wahrgenommen und wertgeschätzt. Das stärkt auch die Vertrauensbeziehung – eine wertvolle und wichtige Grundlage für die gemeinsamen nächsten Schritte.

Diese bestehen nicht darin, direkt zur Tat zu schreiten. Vermutlich ist die tatsächliche Suizidassistenz in den wenigsten Fällen die adäquate – im Sinne von: dem tatsächlich hinter der Anfrage stehenden Bedarf entsprechende – Antwort auf den geäußerten Sterbewunsch. Im Folgenden soll gezeigt werden, in welchen Dimensionen ein Sterbewunsch exploriert werden kann und welche (auch zur Suizidassistenz alternativen) Konsequenzen sich daraus ergeben können. Die Typologien und inhaltlichen Kategorien, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, entsprechen den Ergebnissen einer qualitativen Studie mit terminal an Krebs erkrankten Patient*innen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a und 2014b). Auch wenn die Charakteristika und Situationen der dort befragten Gruppe nicht uneingeschränkt auf Patient*innen mit Sterbewunsch in der Hausarztpraxis übertragbar sind, kann davon ausgegangen werden, dass die ermittelten Abstufungen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a) und Dimensionen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b) des Sterbewunsches weitgehend vergleichbar sind.

Eine grundsätzliche Erkenntnis der Studie ist, dass es den pauschalen Sterbewunsch nicht gibt. Ohnsorge, Gudat und Rehmann-Sutter leiten aus ihrer Interviewstudie ein Abstufungssystem ab, das eine orientierende Einordnung der geäußerten Sterbewünsche im Hinblick auf die zugrundeliegende Intention erlaubt (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a: 1023). Bei der Betrachtung dieser Abstufungen in Tabelle 1 wird klar, dass bei Weitem nicht jeder Sterbewunsch gleichbedeutend mit der Bitte um Suizidassistenz ist oder überhaupt ein aktives ärztliches Tätigwerden verlangt.

Weiterhin wurden in den Interviews verschiedene Dimensionen hinsichtlich der Motivation des Sterbewunsches identifiziert: Gründe, Bedeutungen und Funktionen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 6ff.). Was auf den ersten Blick wie ein rein theoretisches Konstrukt wirkt, ist in der Interaktion mit Sterbewilligen und den daraus folgenden Konsequenzen durchaus von praktischer Relevanz. Denn in der Regel ist die

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Äußerung eines Sterbewunsches eine Reaktion auf entweder bereits erfahrenes oder antizipiertes Leiden (vgl. Balaguer/Monforte-Royo/Porta-Sales et al. 2016: 2). Dieses Leiden kann viele Gesichter haben und dementsprechend sehr unterschiedliche Antworten erfordern. In der Gruppe der Gesundheitsberufe findet sich eine breite Expertise für die Linderung verschiedenster Leiden. Es gehört zu ihren essenziellen Aufgaben, Leiden genauer zu explorieren und mit ihrem Fachwissen Vorschläge zu Linderungsmöglichkeiten zu unterbreiten. Hausärzt*innen haben an dieser Stelle eine zentrale Position, da sie a) durch die bereits dargelegte gute Kenntnis ihrer Patient*innen deren individuellen Leidenskontext gut wahrnehmen und einordnen können und b) im Idealfall durch ihre koordinierende Tätigkeit und Vernetzung mit verschiedensten Behandler*innen einen Überblick über die zur Leidenslinderung verfügbaren Möglichkeiten haben.

Tabelle 1: Intentionen (Absichten)

Wunsch zu leben
Akzeptanz des Sterbens
Wunsch zu sterben ***Will nicht beschleunigen*** 1. Sieht dem Sterben entgegen 2. Hofft, dass das Sterben schneller geht 3. Wünscht zu sterben (will aber nicht beschleunigen) ***Will beschleunigen*** 4. Möchte hypothetisch beschleunigen (in der Zukunft) 5. Erwägt Beschleunigung, aber im Moment ist es keine (moralische) Option 6. Möchte Beschleunigung und es ist auch wirklich eine (moralische) Option
Wille zu sterben 7. Bittet ausdrücklich 8. Lehnt lebensverlängernde Maßnahmen (Ernährung, Therapien) ab, um das Sterben zu beschleunigen 9. Unternimmt aktive Schritte, um das Sterben zu beschleunigen (Suizid, aktive Sterbehilfe)

Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a: 1023

Besonders naheliegend für das Ziel der Leidenslinderung erscheint die Exploration der *Gründe* für den Sterbewunsch. Gründe beschreiben in diesem Fall die Faktoren, die kausal für den Wunsch zu sterben empfunden werden. Die weitere Unterteilung in physische/somatische (z.B. Schmerzen, Übelkeit, Luftnot, ulzerierende Wunden, Inkontinenz), psychische (z.B. Unbehagen, innere Unruhe, Traurigkeit, Angst vor Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit), soziale (z.B. Einsamkeit, Verlust der sozialen Rolle, finanzielle Engpässe, Gefühl der Vernachlässigung) und existenzielle oder spirituelle Gründe (z.B. Verlust der Würde und Handlungsfähigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens) findet sich in mehreren Publikationen (vgl. Castelli Dransart/Lapierre/Erlangsen et al. 2021: 428; vgl. Balaguer/Monforte-Royo/Porta-Sales et al. 2016: 8).

Bei der Thematisierung der Beweggründe für den Sterbewunsch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das deutsche Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

deutlich gemacht hat, dass eine Bewertung dieser Gründe niemandem außer den Sterbewilligen zusteht (vgl. Bundesverfassungsgericht 2020). Die Exploration dieser Gründe und eine Beratung zu möglichen Interventionen können jedoch wertungsfrei geschehen. Denn auf der anderen Seite darf auch nicht vergessen werden, dass mindestens die Leiden somatischer und psychischer Natur einen klaren Auftrag an medizinische Berufe darstellen, Leidenden Zugänge zu geeigneten Optionen der Symptomlinderung anzubieten und zu ermöglichen. Infolge einer adäquaten Symptomkontrolle, wozu nicht selten auch die Therapie einer möglicherweise bis dahin unentdeckten Depression gehört (vgl. Macleod 2012), nehmen viele Menschen nachweislich Abstand von ihrem Sterbewunsch (vgl. Sprung/Somerville/Radbruch et al. 2018: 199).

Auch auf soziale und spirituelle oder existenzielle Gründe kann in der Hausarztpraxis reagiert werden. Grundlegend dafür ist bereits das Erkennen und Ansprechen und damit Anerkennen von Belastungen in diesen Bereichen. In einigen Fällen können therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen zur Steigerung oder Erhaltung der Funktionalität und Teilhabe infrage kommen. Auch eine Veränderung der Wohn- und/oder Pflegesituation kann zu einer bedeutenden Verbesserung der Situation führen. Darüber hinaus können auch geeignete Institutionen oder Ansprechpersonen außerhalb des Gesundheitssystems vorgeschlagen und vermittelt werden, zum Beispiel Begegnungsstätten oder Seelsorgeangebote. Weiterhin kann es in manchen Fällen hilfreich sein, mit Zustimmung der Patient*innen Familienangehörige einzubeziehen.

Hinter der *Bedeutung* des Sterbewunsches steht meist ein größeres Narrativ, in dem sich persönliche Werte und moralische Verständnisse der Sterbewilligen reflektieren (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 7ff.). Das Eingehen darauf erscheint auf den ersten Blick schwierig, da es weder zu den ärztlichen Aufgaben noch Kompetenzen zählt, Werte und Moralvorstellungen einer Person zu beeinflussen. Das sollte auch nicht das Ziel der hier besprochenen informellen Beratung sein. Bei Betrachtung der exemplarischen Liste möglicher Bedeutungen bei Ohnsorge, Gudat und Rehmann-Sutter, mit der ausdrücklich kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird, fällt jedoch auf, dass einige davon infolge einer suffizienten Leidenslinderung an Gewicht verlieren könnten. Dazu gehören zum Beispiel Punkte wie die Beendigung des eigenen schweren Leidens, des wertlos gewordenen Lebens, einer als untragbar wahrgenommenen Situation oder das Verschonen anderer vor der eigenen Last. Andere Bedeutungen, etwa in eine andere Realität überzutreten (vgl. ebd.), werden eher nicht durch ärztliche Interventionen beeinflusst. Das müssen sie auch nicht. Ihre Exploration im offenen Gespräch kann dennoch hilfreich sein, um zur Reflexion des Sterbewunsches anzuregen, die Beziehung zwischen Ärztin*Arzt und Patient*in zu stärken und im Sinne des hermeneutischen Verständnisses bestenfalls in die bereits erwähnte »Interpretationsgemeinschaft« (Bahrs 2012: 357) zu gelangen.

Ähnlich verhält es sich mit der Reaktion auf die (nicht in allen Fällen vorhandenen) *Funktionen* des geäußerten Sterbewunsches. Diese können beispielsweise darin bestehen, überhaupt über das Sterben zu sprechen, in der Angst vor dem Tod das Bedürfnis nach Hilfe und Affirmation auszudrücken, ein Gefühl der Handlungsfähigkeit zu reetablieren oder Gesprächspartner*innen zu provozieren oder zu manipulieren (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 9f.). Auch wenn insbesondere die ersten Beispiele bei Hausärzt*innen formal richtig aufgehoben sind, sind solche Gespräche meist

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

nicht leicht zu führen. Von der hausärztlichen Seite lässt sich im Gespräch vielleicht kein klar zu definierendes Ziel ausmachen, auf das gemeinsam hingearbeitet werden könnte – was unter Umständen für den gesamten Konsultationsanlass rund um einen Sterbewunsch gelten kann, sofern sich daraus keine direkten therapeutischen oder organisatorischen Konsequenzen ergeben. Das auszuhalten, kann eine Herausforderung sein. Es steht im Kontrast zu den häufig eher kurzen, anlassbezogenen und zielorientierten Beratungsanlässen wie etwa in der Akutsprechstunde oder strukturierten DMP (Disease Management Programme) -Terminen, die meist den Praxisalltag bestimmen.

Doch Aktionismus und Eile sind beim Beratungsanlass Sterbewunsch – sofern es sich nicht um akute Suizidalität handelt – eher fehl am Platz. Stattdessen sollte die Bereitschaft für ein ergebnisoffenes Gespräch signalisiert (vgl. DEGAM [Hg.] 2022), aktiv zugehört (vgl. Rogers 1942) und im Dialog die Reflexion des Sterbewunsches gefördert (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 12) werden. Es gilt zu explorieren, was genau Patient*innen wollen und warum sie es wollen, um auf ihre individuellen Leiden eingehen zu können. Es gilt nachzuforschen, ob dem Sterbewunsch eine behandelbare Erkrankung oder andere Leiden zugrunde liegen, denen durch therapeutische, psychosoziale oder organisatorische Interventionen begegnet werden kann. Dabei ist es wichtig, Empathie, Zugewandtheit und Interesse zu zeigen und sich nicht zu Wertungen, Absolutionen oder gar einer Indikationsstellung zur Suizidassistenz hinreißen zu lassen.

Um all das in einer hier als »informelle Beratung vor der Beratung« bezeichneten, jedoch meistens nicht explizit als solche angekündigten Konsultation gewährleisten zu können, bedarf es in der Praxis einiger Veränderungen.

Implikationen für die Praxis

1. (Zeitliche) Räume für komplexe Gespräche schaffen

Damit die hausärztliche Praxis ihrem Anspruch, ein Ort für die niedrigschwellige Thematisierung von Sterbewünschen zu sein, gerecht werden kann, braucht es entsprechende Rahmenbedingungen. Zeit ist die wichtigste Ressource, um ein derartig komplexes Gespräch zu führen (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1; vgl. Schneider/Lindner/Giegling et al. [Hg.] 2021: 37, 158). Gleichzeitig ist sie die knappste. In einem auf effizientes und wirtschaftliches Arbeiten ausgerichteten Gesundheitssystem werden Gespräche und zeitliche Zuwendung kaum honoriert – insbesondere im Vergleich zu technisch-apparativen Maßnahmen. Damit werden zeitintensive Gespräche zum Verlustgeschäft – sowohl an Zeit als auch an Geld. Wenn auch die zur Verfügung stehende Zeit eines Arbeitstages kaum vermehrt werden kann, so ist es doch möglich und angemessen, die Vergütung zeitintensiver Gespräche anzupassen, um (auch wirtschaftlich) einen Raum dafür zu schaffen (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1; vgl. DEGAM [Hg.] 2012: 7).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

2. Verankerung des Umgangs mit Sterbewünschen in Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die allermeisten (Haus-)Ärzt*innen werden im Laufe ihres Berufslebens mit Sterbewünschen konfrontiert. Sowohl um flächendeckend eine qualitativ gute (Primär-)Versorgung bei diesem komplexen Beratungsanlass zu gewährleisten als auch um Krisensituationen der Ärzt*innen aufgrund von Überforderung etwa auf fachlicher, persönlicher und ethisch-moralischer Ebene vorzubeugen, bedarf es des Ausbaus bedarfsgerechter Fortbildungsmöglichkeiten (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1; vgl. Schneider/Lindner/Giegling et al. [Hg.] 2021: 35, 158). Da solche Anfragen an Ärzt*innen jeglicher Fachrichtung herangetragen werden können, sollte das Thema bereits in der medizinischen Aus- und Weiterbildung verankert werden. Neben Kenntnissen der geltenden gesetzlichen Regelungen sowie praktischer Handlungsmöglichkeiten (z.B. Therapiekonzepte zur Symptomkontrolle, Kenntnis sozialer Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten) und notwendigen Fachkenntnissen (z.B. Detektion von Depressionen [vgl. Balaguer/Monforte-Royo/Porta-Sales et al. 2016: 10]) sollten dabei zwei Aspekte im Fokus stehen: Die kommunikativen Fertigkeiten sowie die Reflexion der eigenen (moralischen) Haltung (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 12; vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1).

2.1 Kommunikative Fertigkeiten: Auf den Sterbewunsch gibt es keine Pauschalantwort

Was in Anbetracht der anzunehmenden Komplexität eines Sterbewunsches so selbstverständlich klingt, erweist sich in der Praxis häufig als sehr herausfordernd – umso mehr, da es sich nicht um einen allzu regelmäßigen Beratungsanlass handelt. Um genau dieser Komplexität im Gespräch gerecht zu werden, braucht es auf ärztlicher Seite zunächst ein entsprechendes Bewusstsein dafür, damit die mannigfaltigen potenziell dahinterstehenden Leidensaspekte überhaupt wahrgenommen und/oder adressiert werden können (vgl. Castelli Dransart/Lapierre/Erlangsen et al. 2021: 428). Dafür ist das Wissen um die unterschiedlichen Dimensionen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b) und Ausprägungen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a: 1023) eines Sterbewunsches fundamental.

Allein all diese inhaltlichen Aspekte präsent zu haben und wahrzunehmen kann herausfordernd sein. Dabei empathisch und ergebnisoffen zu kommunizieren, verleiht dem Ganzen einen weiteren Schwierigkeitsgrad. Es genügt nicht, zu erkennen, dass Patient*innen in Anbetracht zunehmender Gebrechlichkeit belastet sind und Angst vor Pflegebedürftigkeit haben, um dann mit Plattitüden zu antworten und zu erklären, dass das der ganz normale Verlauf des Älterwerdens sei und schon viele andere besser damit zurechtgekommen seien, als sie anfangs dachten (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 159f.). Die Frage nach dem Wie der Kommunikation sollte dementsprechend ebenso in Fortbildungsveranstaltungen adressiert werden wie die Frage nach dem Was. Hilfreich könnte hier beispielsweise der vielen Ärzt*innen bereits aus ihrem Studium bekannte Ansatz der non-direktiven Gesprächsführung nach Carl R. Rogers sein (vgl. Rogers 1942).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

2.2 Reflexion der eigenen Haltung

Ein empathisches, ergebnisoffenes Gespräch zu führen, dürfte für Ärzt*innen umso herausfordernder sein, wenn der geäußerte Sterbewunsch mit ihren eigenen Werten und Moralvorstellungen kollidiert (vgl. SAMW [Hg.] 2019: 66). Sowohl die Deutung des Sterbewunsches als auch die Reaktion darauf sind mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentlich von der eigenen Weltanschauung geprägt (vgl. Kruse 2022: 193). Praktisch resultieren könnten daraus im Gespräch beispielsweise das Einnehmen einer ablehnenden Haltung gegenüber den Patient*innen und ihren Anliegen, übermotivierte Überzeugungsversuche zum Leben oder aber ein überschwängliches Verständnis und die vorschnelle Unterstützung des Sterbewunsches. Um aber offen und dialogfähig für andere Sichtweisen zu sein, echte Empathie zu vermitteln und adäquat auf die Leidensperspektive der Sterbewilligen eingehen zu können, ist es notwendig, die eigenen Wert- und Moralvorstellungen von denen der Patient*innen abzugrenzen. Die Voraussetzung dafür ist eine ehrliche Auseinandersetzung mit der persönlichen Haltung zu Leben, Tod und Sterben (vgl. ebd.; vgl. SAMW [Hg.] 2019: 66; vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1). Eine solche Selbstreflexion kann anstrengend und unangenehm sein. Wenngleich eine Fortbildungsveranstaltung von (maximal) wenigen Stunden kaum einen vollständigen Reflexionsprozess gewährleisten kann, können hier zumindest Impulse zur weiteren Auseinandersetzung gesetzt und ein geschützter Raum zum Austausch geboten werden (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1).

3. Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

Bei Sterbewünschen spielen psychische und psychiatrische Erkrankungen häufig eine Rolle (vgl. Macleod 2012). Nicht alle davon sind zuvor bekannt, geschweige denn behandelt. Während grundlegende Kenntnisse zu Diagnostik und Ausschluss psychischer Erkrankungen durchaus in den Kompetenzbereich von Hausärzt*innen fallen, ist es für die Behandlung häufig sinnvoll, psychotherapeutisches und/oder psychiatrisches Fachwissen hinzuzuziehen. Allerdings zeigt sich hier eine zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot von Psychotherapieplätzen, die sich beispielsweise in einer durchschnittlichen Wartezeit von rund 20 Wochen bis zum Therapiebeginn äußern (vgl. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. [Hg.] 2021: 73). Eine Verbesserung der Versorgung ist hier dringend vonnöten. Mögliche Schritte diesbezüglich wären etwa die weitere Verringerung der Hürden in der psychotherapeutischen Ausbildung und Niederlassung beziehungsweise deren ausdrückliche Förderung in unzureichend versorgten Regionen. Diese Forderung ist mit Blick auf die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen sowohl für die allgemeine medizinische Versorgung als auch für eine niedrigschwellige psychiatrische Mitbegutachtung und gegebenenfalls -behandlung von Patient*innen mit Sterbewunsch relevant (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 2).

4. Lebenswert für Ältere erhalten

Insbesondere in der vulnerablen Gruppe der Älteren muss sichergestellt werden, dass der Sterbewunsch nicht als eine Lösungsmöglichkeit für gesellschaftliche Probleme gesehen wird – etwa, um einem als lebensunwert empfundenen Dasein im Pflegeheim zu entfliehen (vgl. ebd.). Dieser Appell richtet sich nicht nur an gesprächsführende

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Ärzt*innen, die diesen Aspekt explorieren, die zugrundeliegenden Leiden multimodal mit medizinischen und organisatorischen Mitteln zu lindern versuchen und den Patient*innen bei der (Re-)Aktivierung ihrer eigenen Ressourcen helfen sollten (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 159f). Ebenso gemeint ist eine notwendige Stärkung der Alten- und Krankenpflege (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 2), die im Pflegefall nicht selten mehr Zeit mit einem Menschen verbringt als die eigene Familie. Schließlich ist auch gesamtgesellschaftliches Engagement gefordert, um die Teilhabe älterer Menschen am Leben trotz möglicher Einschränkungen zu erhalten und offen dafür zu sein, das Alter weniger als abschreckend und defizitär wahrzunehmen und zu kommunizieren (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 157, 159), als es momentan häufig der Fall ist. Denn eine wertschätzende Wahrnehmung im und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben können maßgeblich dazu beitragen, das Leben auch im Alter als lebenswert zu empfinden.

5. Einbeziehung von Hausärzt*innen in die Ausgestaltung der Regelungen zur Suizidassistenz

In diesem Beitrag wurde aufgezeigt, dass Hausärzt*innen aufgrund ihrer Position im Gesundheitssystem und einer oftmals besonderen Vertrauensbeziehung zu ihren Patient*innen prädestiniert dafür sind, mit Sterbewünschen und Anfragen zur Suizidassistenz konsultiert zu werden. Weiterhin wurde illustriert, dass sie aufgrund ihrer Arbeitsweise und Eingebundenheit in die ambulanten Versorgungsstrukturen über hilfreiche Kompetenzen verfügen, um den Sterbewunsch kontextbezogen einordnen und gegebenenfalls Möglichkeiten zur Leidenslinderung anbieten zu können. Wenn es darum geht, infolge des Urteils des deutschen Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 zur Suizidassistenz (Bundesverfassungsgericht 2020) anwendbare Regelungen zu gestalten und konstruktive Strukturen aufzubauen, wäre es sowohl hilfreich als auch angemessen, auf diesen Erfahrungsschatz zurückzugreifen. Die Kenntnis der Sichtweisen und Bedürfnisse der Hausärzt*innen in dieser Thematik ist ein wertvoller Baustein, um tatsächlich bedarfsgerechte, anwendungs- und praxisorientierte Entscheidungen auf der Regelebene treffen zu können. Daher soll die abschließende Implikation dieses Beitrags sein, (praktizierende) Hausärzt*innen möglichst früh in den Diskurs einzubeziehen, wenn es um Gesundheits- und Versorgungsfragen der breiten Bevölkerung geht – wie etwa rund um den Umgang mit Anfragen zum assistierten Suizid.

Literatur

Bahrs, Ottomar: »Hermeneutisches Fallverständnis – Versuch einer Annäherung«, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 88 (2012), S. 355–361.

Balaguer, Albert/Monforte-Royo, Cristina/Porta-Sales, Josep et al.: »An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors«, in: PLOS One (11), e0146184 (2016).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Bruns, Florian/Blumenthal, Sandra/Hohendorf, Gerrit: »Organisierte Suizidbeihilfe in Deutschland. Medizinische Diagnosen und persönliche Motive von 117 Suizidenten«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 141 (2016).

Bundesverfassungsgericht: Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343, https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html vom 26.02.2020.

Castelli Dransart, Dolores A./Lapierre, Sylvie/Erlangsen, Annette et al.: »A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide«, in: Aging & Mental Health 25 (2021), S. 420–430.

Dazzi, Tommaso/Gribble, Rachael/Wessely, Simon/Fear, Nicola T.: »Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?«, in: Psychological Medicine 44 (2014), S. 3361–3363.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hg.): DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin, https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf vom 15.11.2012.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hg.): Fachdefinition Allgemeinmedizin (2002), https://www.degam.de/fachdefinition, abgerufen am 27. September 2023.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hg.): Positionen der DEGAM zur hausärztlichen Rolle beim assistierten Suizid, https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhal-te/Ueber_uns/Positionspapiere/20220830_Papier_DEGAM_Suizidassistenz.pdf vom 30.08.2022.

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (Hg.): Report Psychotherapie 2021, https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf vom 10.05.2021.

Engel, George L.: »The need for a new medical model: a challenge for biomedicine«, in: Science 196 (1977), S. 129–136.

Independent Commission for the Royal College of General Practicioners and the Health Foundation (Hg.): Guiding patients through complexity: modern medical generalism. Report of an independent commission for the Royal College of General Practicioners and the Health Foundation, https://www.rcgp.org.uk/getmedia/5fc2f581-3305-44ca-bbde-cbd96a4492bb/COMMISSION_REPORT_ON_MEDICAL-GENERALISM-_rev_7-OCTOBER-2011.pdf vom 07.10.2011.

Koopmann, Jacob J. E./Putter, Hein: »Regional variation in the practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands«, in: The Netherlands Journal of Medicine 74 (2016), S. 387–394.

Kruse, Andreas: »Sich in das Erleben schwer kranker und sterbender Menschen ›einschwingen‹. Antworten auf das Todes- und Selbsttötungsverlangen«, in: Joachim Küchenhoff/Martin Teising (Hg.): Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid, Gießen: Psychosozial-Verlag 2022, S. 177–197.

Lindner, Reinhard/Drinkmann, Arno/Schneider, Barbara et al.: »Suizidalität im Alter«, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 55 (2022), S. 157–164.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Macleod, Sandy: »Assisted dying in liberalised jurisdictions and the role of psychiatry: a clinician's view«, in: The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 46 (2012), S. 936–945.

Mental and Behavioural Disorders Department of Mental Health World Health Organization (Hg.): Preventive suicide: a resource for general physicians, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf?sequence=1 vom 17.05.2000.

Ohnsorge, Kathrin/Gudat, Heike/Rehmann-Sutter, Christoph: »Intentions in wishes to die: analysis and a typology – a report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care«, in: Psycho-Oncology 23 (2014a), S. 1021–1026.

Ohnsorge, Kathrin/Gudat, Heike/Rehmann-Sutter, Christoph: »What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care«, in: BMC Palliative Care 13:38 (2014b).

Rogers, Carl R.: Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice, Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin 1942.

Schneider, Barbara/Lindner, Reinhard/Giegling, Ina et al. (Hg.): Suizidprävention in Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven, https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf vom 26.08.2021.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (Hg.): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis, 2. Aufl., Bern 2019, https://doi.org/10.5281/zenodo.3576261.

Sprung, Charles L./Somerville, Margaret A./Radbruch, Lukas et al.: »Physician-assisted suicide and euthanasia: emerging issues from a global perspective«, in: Journal of Palliative Care 33 (2018), S. 197–203.

WONCA Europe (Hg.): Aktualisierte Version: WONCA Europe (Hg.): The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2023 Version, https://www.woncaeurope.org/download/0ae7cb0a-edf7-4b05-9ba3- ffb7c53be20c/WONCA_European_Definitions_2_v7%20%281%29.pdf vom 13.08.2023.

Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (Hg.): Clinical practice guideline for the prevention and treatment of suicidal behaviour, http://content.guidelinecentral.com/guideline/get/pdf/2934, 2012.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-005 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY