

# Kranksein und Sterben im Alter

**Sterbehilfe:** In der Diskussion um die Sterbehilfe geht oft vergessen, dass alte, kranke Menschen oft nicht an lebenslimitierenden Erkrankungen leiden

**Die öffentliche Debatte um die Sterbehilfe greift wichtige gesellschaftliche Fragen auf – die entsprechenden Diskussionen werden meistens beispielhaft konkretisiert an Schicksalen von jüngeren Intensivstations- oder Krebs-Patienten. Der folgende Artikel beleuchtet das häufige Sterben von alten und sehr alten Menschen aus der Sicht des Altersmediziners.**

DANIEL GROB \*

Noch zu Beginn des letzten Jahrhunderts hatte ein neugeborenes Mädchen eine Lebenserwartung von 48,5 Jahren und eine damals 70-jährige Frau eine Restlebenserwartung von 7,7 Jahren. Heute ist die Lebenserwartung von Mädchen bei Geburt auf 81 Jahre gestiegen und die Restlebenserwartung für eine 70-jährige Frau beträgt 15,6 Jahre.

Dieser Fortschritt wurde möglich dank allgemein besseren sozioökonomischen Umständen, Fortschritten im Bereich der Hygiene und Ernährung wie auch Fortschritten der Medizin, welche vor allem die Sterblichkeit von Kindern massiv verringerte. Die Lebenserwartungszunahme von sehr alten Menschen ist aber nicht so beeindruckend: Eine um das Jahr 1900 90-jährige Frau hatte damals eine Restlebenserwartung von 2,4 Jahren – eine heute 90-jährige Frau hat eine solche von 4,2 Jahren.

Alterung der Gesellschaft bedeutet damit, dass heute mehr Menschen älter werden, respektive weniger Menschen in jüngeren Jahren sterben. Die maximal erreichbare Lebensspanne der Menschen hat nicht dramatisch zugenommen: Man vergisst vielfach, dass es auch vor 100 Jahren schon 90-Jährige gab, nur seltener.

## **Sterben ist ein Altersphänomen geworden**

In Bezug auf das Sterben bedeutet dies, dass heute Sterben ein Altersphänomen geworden ist. Drei Viertel aller Menschen in der Stadt Zürich sterben über 70-jährig, fast 60 Prozent über 80-jährig. Sterben als natürlichen Vorgang verschwindet damit aus dem Bewusstsein eines grossen Teils der jüngeren Bevölkerung und wird zu einem Phänomen der «Randgruppe» der alten und sehr alten Menschen. Dies zeigt sich auch in der öffentlichen Wahrnehmung des Sterbens: Die Minorität der in jungen Jahren sterbenden Menschen findet eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit – es sind meist sehr tragische Situationen im Kontext von Unfällen, schwerer Erkrankung oder (seltener) auch Verbrechen.

Das viel häufigere Sterben im Alter findet allerdings bedeutend weniger Beachtung – nicht einmal, wenn es im Kontext von Tötungsdelikten stattfindet: Man denke hier an die Serientötungen durch einen Krankenpfleger in der Inner- und Kantonsschweiz, dem nach Angaben des Bezirksrats Küssnacht 27 alte Menschen zum Opfer fielen. Diese im letzten Herbst aufgedeckte Tragödie fand völlig unberechtigterweise nie die öffentliche Aufmerksamkeit wie die damals zu gleicher Zeit die Schweiz erschütternden Unfälle und Katastrophen: Es mag dies ein Hinweis auf die gesellschaftliche Stellung alter, kranker Menschen sein.

## **Die meisten Menschen sterben in einer Institution**

Die meisten Menschen wünschen sich ein friedliches Sterben zu Hause in der gewohnten Umgebung und im Kreise der Angehörigen. Die aktuelle Realität sieht anders aus: Drei von vier Menschen in der Stadt Zürich sterben in einer Institution (Spital, Pflegeheim, Altersheim), nur 20 Prozent aller Menschen sterben zuhause. Allein im Spital stirbt mehr als ein Drittel der Stadtzürcher Einwohner.

Sterben im Spital wurde als «die moderne und häufigste Form des Sterbens» bezeichnet. Je nach Spital respektive der dortigen medizinischen Angebote, die sich an jeweils spezifische Gruppen von Patientinnen und Patienten richten, kann die Todesrate in Akutspitalern bis 10 Prozent der aufgenommenen und stationär behandelten Menschen betragen. Spitäler und Heime sind damit besonders gefordert, sich mit dem Sterben ihrer Patientinnen und Patienten zu befassen.

Eine altersmedizinische Klinik wie zum Beispiel die Klinik für Geriatrie und Rehabilitation des Stadtspitals Waid trägt überwiegend hochbetagten Menschen Sorge – das Durchschnittsalter ihrer Patientinnen und Patienten beträgt 84 Jahre.

Es sind dies eigentlich die robustesten und gesündesten aller Menschen: Die häufigsten Todesursachen in der Schweiz in allen Altersgruppen sind Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Wer an einer dieser Krankheiten leidet, stirbt meist im Alter zwischen 60 und 85 Jahren. Wer nicht an den die Lebenszeit frühzeitig limitierenden Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen leidet, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit sehr alt.

In hohem Alter stehen aber dann oft die «Abnutzungserkrankungen» im Vordergrund. So erstaunt es nicht, dass in einer altersmedizinischen Klinik Rücken- und Gelenkerkrankungen (z. B. die verschiedenen Formen von Gelenkabnut-

zungen), degenerative Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Demenzerkrankungen wie die Alzheimer-Erkrankung) oder Unfallfolgen (Stürze!) im Vordergrund stehen. Diese Erkrankungen schränken per se die Lebenserwartung nicht ein: Sie lassen aber die Menschen leiden und machen sie in der Lebensführung von andern abhängig, ohne dass man an ihnen sterben würde.

Damit wird auch erklärbar, weshalb die Todesraten von Patientinnen und Patienten in einer altersmedizinischen Klinik deutlich geringer sind als jene der Patientinnen «normaler» internmedizinischer Spitalabteilungen, obwohl das Durchschnittsalter der behandelten Patientinnen und Patienten höher ist. Da diese sehr alten Menschen nicht an einer klar lebenslimitierenden Erkrankung leiden, sterben sie nicht – sie leiden aber wie andere Menschen auch.

## **Zur Prognosefähigkeit von Fachleuten**

«Es lebt mit mir weiter, ich sterbe nicht» – wenn sich diese Erkenntnis bei diesen Menschen im Laufe der Behandlung im Spital durchsetzt, dann ist für sie die Hauptfrage nicht mehr «sterben oder nicht sterben» sondern «wie weiterleben» – selbstbestimmt mit einer einigermaßen guten Lebensqualität oder eben nicht.

Die Fähigkeit von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden, eine Prognose zum Überleben eines kranken, alten Menschen zu stellen, wird im Allgemeinen stark überschätzt. Wie verschiedene Studien, aber auch die Alltagserfahrung zeigen, tendieren Fachleute dazu, die Eintrittswahrscheinlichkeit des Sterbens zu überschätzen: eine so genannte «terminale Prognose» wird bei hochbetagten kranken Menschen zu oft gestellt – die Menschen leben trotzdem weiter.

In einer Situation, in welcher die alten Menschen nicht an klar lebenslimitierenden Erkrankungen leiden und in welcher die Prognosefähigkeit der Fachleute trotz allen Mitteln schlecht ist, geht es bei einer akuten Erkrankung primär darum, diese zu diagnostizieren und zu behandeln. Eine zu diesem Zeitpunkt nicht selten von Angehörigen am Krankenbett angesprochene Sterbehilfeproblematik kommt verfrüht und sollte sinnvollerweise erst dann geführt werden, wenn der erkrankte Mensch erkennbar Zeichen eines Beginns des Sterbeprozesses zeigt.

Dieses Erkennen eines beginnenden Sterbeprozesses ist schwierig und bedarf viel Erfahrung. Ein zu frühes Sistieren einer medizinischen Behandlung zu Gunsten einer reinen symptomorientierten

(palliativen) Behandlung kann sich verheerend auf den weiteren Erkrankungsverlauf auswirken und zu langer Leidenszeit in schlechter Lebensqualität führen.

In der Frage der Behandlung alter, kranker Menschen hat die moderne Medizin sehr viel zu bieten: Studien zeigen, dass eine altersgerechte Medizin einerseits die Behinderungsrate senken und andererseits die Mortalität vermindern kann. Die moderne Medizin ist dank nicht-invasiver Diagnosemethoden und moderner Behandlungsverfahren sehr altersgerecht geworden.

### **Permanente Nutzen-Risiko-Abwägung**

Natürlich sind in der altersmedizinischen Spitalpraxis permanente Abwägungen an der Tagesordnung, welche die Wahl der geeigneten Abklärungs- und Behandlungsmethoden betreffen: Welche Behandlung kann bei alten, gebrechlichen Patienten mit guten Aussichten auf Erfolg noch durchgeführt werden und welche nicht? Diese permanenten Nutzen-Risiko-Abwägungen unter Einbezug des Patientenwillens, der harten medizinischen Daten und auch der Meinungen der Angehörigen ist anspruchsvoll.

Ziel jeder Behandlung ist die Verbesserung der Lebensqualität, damit die Verringerung der Behinderung und die Verbesserung der Autonomie: Alte Patientinnen und Patienten möchten in aller Regel möglichst rasch wieder nach Hause in die gewohnte Umgebung zurückkehren.

Ein Todeseintritt einer hochbetagten Person mit einer schweren Erkrankung kann zum natürlichen Verlauf dieser Erkrankung gehören. Nicht zum natürlichen Verlauf gehört es, wenn dieser Todeseintritt zustande kommt durch mangelnde oder sogar fehlende medizinische Abklärung und Behandlung.

Und hier liegt eines der Hauptprobleme der oben erwähnten öffentlichen Wahrnehmung der kranken, alten Menschen: «Lasst doch diese Menschen sterben», «keine Schläuche oder andere Behandlungen» – sind oft gehörte Einwände gegen eine medizinische Behandlung von alten Menschen. Es wird diesbezüglich aber ausser Acht gelassen, dass diese alten Menschen nicht einfach so sterben (siehe oben – sie gehören ja der gesündesten Population an), womit dann die Frage im Raum steht, wie sie weiterleben – in guter oder in schlechter Lebensqualität.

### **Selten an «Schläuchen angehängt»**

Der viel befürchtete Zustand, dass alte, kranke Menschen in Spitälern an Schläuchen unnötig am Leben erhalten werden, ist heute wohl nicht mehr anzutreffen. Das Gegenteil wäre eher zu befürchten: Dass diesen alten und kranken Menschen mit ihrem schlechten Sozialprestige unter dem hohen Spardruck im

Gesundheitswesen (den alte Menschen selber oft verinnerlicht haben – sie gehören ja der in der Regel der sehr sparsamen Kriegsgeneration an) sinnvolle medizinische Massnahmen vorenthalten werden.

Nicht zuletzt aus dieser Befürchtung heraus finden sich in der medizinischen Literatur diesbezügliche Warnungen: Es wird befürchtet, dass unter dem derzeitigen ökonomischen Druck im Gesundheitswesen wieder Zustände auftreten, wie sie in den dreissiger Jahren üblich waren: Damals wurden alte Menschen mit einer akuten Erkrankung oft unterdiagnostiziert und unterbehandelt in Pflegeheime verbracht, wo sie dann unnötigerweise pflegeabhängig, in schlechter Lebensqualität, weiterlebten.

### **Sterbehilfe als Thema erst bei erkennbarem Sterbeprozess**

Hochbetagte, kranke Menschen leiden oft nicht an primär lebenslimitierenden Erkrankungen; Prognosen zu ihrem Todeseintritt sind sehr unsicher. Da die moderne Medizin sehr viel zur Lebensqualität dieser Menschen beitragen kann, muss dies dazu führen, dass alte Menschen ihrem Willen und ihrem körperlichen und geistigen Zustand entsprechend medizinisch so behandelt werden, wie junge Menschen auch.

Die beim Auftreten jeder akuten Erkrankung geführte Sterbehilfediskussion führt zu keinen sinnvollen Ergebnissen, wenn zu früh auf eine rein symptom-orientierte, palliative Behandlung eingeschwenkt wird. Über Sterbehilfe kann und soll dann gesprochen werden, wenn bei einem alten Mensch erkennbar der Sterbeprozess eingesetzt hat – oder dann in gesunden Tagen als schriftliche Patientenverfügung jedes Einzelnen, wo festgelegt ist, wie er oder sie in einer speziellen Situation gerne behandelt werden möchte.

Eine gute medizinische Behandlung hat wenig mit unnötiger Lebensverlängerung, aber viel mit Lebensqualität zu tun. Alte Menschen können an einer Krankheit sterben, sie dürfen aber nicht unterbehandelt und leidend leben. Es macht aus menschlicher, aber auch ökonomischer Sicht keinen Sinn, ein Gesundheitswesen so zu gestalten, dass immer mehr Menschen älter werden, um ihnen dann, wenn sie es effektiv sind, die nötigen Leistungen vorzuenthalten. «Ration by Aging» – Rationierung über das kalendarische Alter – ist ein drohendes Phänomen.

Man kann sich manchmal des Eindrucks schlecht erwehren, dass die derzeitige Debatte um Sterbehilfe im Alter auch eine versteckte Debatte um Behandlungskosten im Alter ist: Und damit tun wir unserer älteren Generation unrecht.

\* Daniel Grob ist Facharzt für Innere Medizin, speziell Geriatrie, und Chefarzt der Klinik für Geriatrie und Rehabilitation des Stadspitals Waid in Zürich.