



Sterbenskranke Patienten begleiten: Welche Entscheidungen sind notwendig? **Wunsch und Wirklichkeit am Lebensende**

DAVOS – Die Vorstellungen, die Menschen bei guter Gesundheit von einem erstrebenswerten Ende des Lebens haben, decken sich oft nur wenig mit den Wünschen und Erwartungen kurz vor dem Tod. Und auch für Angehörige ist es sehr schwer, für einen Sterbenskranken zu entscheiden, was getan und was unterlassen werden sollte. Am 58. Ärztekongress* setzen sich Professor Dr. Samia Hurst, Direktorin des Instituts Ethique Histoire Humanités, Genf, und Dr. Cristian Camartin, Leitender Arzt, Palliative Care, Kantonsspital Graubünden, mit dem Sterben in der Schweiz und den Entscheidungen am Lebensende auseinander.



Dr. Cristian
Camartin
Leitender Arzt
Palliative Care,
Kantonsspital
Graubünden
Foto: zVg

Forscher der Universität Genf und der Universität Zürich initiierten eine Studie zum Sterben in der Schweiz. Um herauszufinden, wie Menschen in der Schweiz heutzutage sterben, werteten sie knapp 9000 Sterbeurkunden aus allen drei Sprachregionen der Schweiz aus. Ärzte, welche die Sterbeurkunden unterschrieben hatten, wurden kontaktiert und mit Hilfe eines Fragebogens eingehend zu den Umständen des Todes befragt. Über einen speziellen Datenschutz-Filter der SAMW konnten die Autoren absolute Anonymität gewährleisten. Die Fragen bezogen sich in erster Linie auf medizinische Massnahmen vor dem Tod, auf Entscheidungsprozesse und Verfügungen im Hinblick auf den Tod, sowie auf die an den Entscheidungen beteiligten Personen.

Bei der Analyse war von Interes-

se, ob sich kulturelle Unterschiede zwischen der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz in den Entscheidungen am Lebensende und beim Sterben widerspiegeln. Prof. Hurst wies darauf hin, dass fast zwei Drittel der Todesfälle in der Schweiz aufgrund von fortgeschrittenem Alter oder unheilbarer Krankheit vorhersehbar sind. Daher müssen am Lebensende schwierige Entscheidungen getroffen werden.

Es gibt deutliche regionale Unterschiede

In allen Sprachregionen gingen dem erwarteten Tod des Patienten eine oder mehrere End-of-Life-Entscheidungen voraus. Diese betrafen vor allem den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen und den Wunsch nach einer kontinuierlichen Sedierung. Das assistierte Sterben, das immer wieder eine beachtliche mediale Aufmerksamkeit erreicht, spielt in der gesamten Schweiz nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Zu den regionalen Unterschieden fand Prof. Hurst folgende Resultate: Todkranke Patienten in der Westschweiz sterben seltener zu Hause, weil sie ins Spital verlegt werden. In

der Deutschschweiz wird häufiger auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet, während sich mehr Patienten in den anderen beiden Landesteilen für eine Intensivierung der Palliation entscheiden. Eine Mitentscheidung über Massnahmen am Lebensende fand häufiger bei hospitalisierten Patienten statt als bei jenen, die im Pflegeheim oder zu Hause den Tod erwarteten. Darüber hinaus fiel auf, dass Patienten dann eher in Entscheidungsprozesse miteinbezogen wurden, wenn der Arzt jünger war und in der Schweiz studiert hatte.

Abschliessend präsentierte Prof. Hurst noch einige Fragen, die hilfreich sein können, um mit unheilbar Kranken über das Lebensende zu sprechen:

- Wie würden Sie beschreiben, wo Sie stehen, und was Ihre Krankheit ist?
- Was sind Ihre Ängste und Sorgen im Hinblick auf die nächste Zeit?
- Welche Ziele haben Sie und welche Prioritäten möchten Sie setzen?
- Was könnten Sie akzeptieren? Was sind Sie bereit zu opfern – und was nicht?

Immer wieder sind es drei zentrale Themen, die den Patienten am Lebensende beschäftigen: Möchte ich eine Reanimation? Möchte ich auf der Intensivstation behandelt werden? Möchte ich eine künstliche Ernährung? Der Arzt sollte sich als ebenso kompetenter wie empathischer Ansprechpartner auf diese



schwierigen Situationen einlassen.

Mit einer typischen Kasuistik leitete Dr. Camartin seinen Vortrag ein: Der 88-jährige Patient lebt im Altersheim. Er hat eine COPD (GOLD IV) sowie vor 18 Monaten einen Myokardinfarkt erlitten. Sein Allgemeinzustand verschlechtert sich zunehmend. Er trinkt und isst nicht mehr, er möchte nicht ins Spital und hat keine Patientenverfügung.

Hier stellt sich die häufig auftretende Frage, ob er entgegen seinem Wunsch hospitalisiert werden soll oder muss, ob man ihn mit Infusionen behandeln/ernähren soll und ob man einen ZVK legt.

Die Terminalphase ist durch eine Reihe von Besonderheiten charakterisiert, die man bei der individuellen Beratung und Entscheidungsfindung am Lebensende beachten muss. Einen besonderen Stellenwert nimmt die Flüssigkeitssubstitution ein: Wann soll oder muss der beginnenden oder manifesten Dehydratation entgegengewirkt werden? Wie soll man die Flüssigkeit substituieren? Was ist dran an der Hypothese, dass die terminale Dehydratation als natürlicher Prozess in den letzten Lebensstagen möglicherweise belastende Symptome vermindert?

Unter Berücksichtigung ethischer Aspekte und Sicherstellung einer adäquaten palliativen Grundpflege kann eine Entscheidungsfindung gelingen. Dr. Camartin würde das individuelle Vorgehen von den Antworten auf folgende Fragen abhängig machen:

- Ist eine Hospitalisation unabhängig, kann sie noch hinausge-

schieben oder gänzlich verhindert werden?

- Wie sieht es mit der Infusionsbehandlung aus: Wird sie von vornherein abgelehnt, ist sie nicht nötig oder ist sie seitens des Patienten/der Angehörigen akzeptiert/erwünscht?

Dehydratation und Rehydratation

Dehydratation ist ein häufiges Ereignis und die meisten Patienten sind am Lebensende dehydriert. Sowohl als Folge der Dehydratation als auch der Rehydratation können belastende Symptome auftreten.

Darüber hinaus sind «Trinken» und «Durstgefühl» sehr symbolisch und emotional besetzt; «nicht einmal mehr trinken wollen/können» wird als Zeichen des bevorstehenden Todes interpretiert. Medizinische Laien favorisieren daher eine aktive Rehydrierung, damit sterbende Angehörige wenigstens nicht unter Durst leiden. Ein Verzicht darauf ist

für viele unvorstellbar, und die Infusion das Zeichen dafür, dass man alles Menschenmögliche macht.

Auch wenn viele Argumente für die Rehydratation ins Feld geführt werden, darf man die Evidenz nicht übersehen, so Dr. Camartin. Bei sterbenden Patienten besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Hydratation und Symptomen wie Durst, bronchialer Sekretion und trockenem Mund, ebenso bestehen bei den relevanten Laborparametern keine Unterschiede. Bei Krebs-Patienten in der Terminalphase – mit oder ohne parenterale Hydratation – bestand kein Unterschied hinsichtlich Symptomen, Lebensqualität und Lebensdauer. Es scheint ein physiologischer Prozess zu sein, dass sterbende Patienten nicht trinken, deshalb soll eine Rehydrierung nur in ausgewählten Situationen durchgeführt und eine enterale Flüssigkeitszufuhr so lange wie möglich beibehalten werden. Entscheidet man sich für die Rehydratation, ist der subkutanen Infusion der Vorzug zu geben. Doch das ist immer eine individuelle Massnahme. RW

* Veranstalter: Lunge Zürich

