

Leben erhalten, sterben lassen – der geriatrische Patient im Akutkrankenhaus

Vorschläge zum medizinischen und ethischen Umgang mit Sterbenden

von *Christina Naumann und Wolfdieter Bernard**

Grenzsituationen zwischen Leben und Tod stellen uns in der täglichen Arbeit in einer akutgeriatrischen Abteilung immer wieder vor schwierige Entscheidungen. Allgemeingültige Regeln oder Richtlinien können nicht aufgestellt werden. Jeder Patient muß in seiner gesamten Individualität mit den Komponenten seiner Multimorbidität, seiner sozialen Situation, seinen Wertvorstellungen und seiner Lebensgeschichte verstanden werden. Es können also nur Denkanstöße gegeben werden.

Aufgabe des Arztes ist es grundsätzlich, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten das Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen (4).

Eid des Hippokrates:

„Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken nach bestem Vermögen und Urteil und von ihnen Schädigung und Unrecht fernhalten. Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur einen solchen Rat erteilen.“

Hippokrates, griechischer Arzt
460 - 377 v. Chr. Geb.

Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik- und Thera-

pieverfahren nicht nur nicht indiziert sind, sondern Behandlungsbegrenzung die gebotene ärztliche Maßnahme sein kann (4).

„Ärztliches Handeln, das nur auf Heilung ausgerichtet ist, scheitert am Sterben. Ärztliches Handeln, das den Tod einbezieht, kann helfen.“ (13).

Tod nicht ausgrenzen

Geriatrische Medizin vollzieht sich stets in relativer Nähe des Todes. Der Tod darf keineswegs ausgegrenzt werden. Eine reine Lebensverlängerung kann nicht das Ziel sein. Es gilt der Grundsatz: „Den Jahren Leben geben, nicht nur dem Leben Jahre geben!“

Grundsätzlich wird unter Geriatrie immer eine aktive Haltung, Rehabilitation und Integration verstanden. Geriatrie ist aber mehr! Sie ist auch Begleiten des unheilbar Behinderten, Dementen und Sterbenden. Ziel ist dann nicht mehr die Selbständigkeit des Patienten, sondern die Lebensqualität. In der Geriatrie werden die Grenzen der kurativen Medizin offensichtlich. Es gilt: „Heilen selten, helfen häufig, trösten immer.“ (13).

Das hippokratische Gebot, Leben zu verlängern, begegnet gerade in der Geriatrie und gerade angesichts der durch Fortschritt und Technisierung der Medizin vermehrten Möglichkeiten zur Lebens-

verlängerung, andererseits dem Gebot, unerträgliches Leid nicht zu verlängern (2).

Mehr als in anderen medizinischen Fachgebieten geht es einerseits darum, schnell und überlegt zu handeln, wenn akute Verschlechterungen oder neue Krankheiten auftreten und das gesamte Spektrum ärztlicher und medizintechnischer Maßnahmen zu bedenken ist, andererseits aber auch um die Fähigkeit zum aufmerksamen, fürsorglichen Begleiten und Gewährenlassen.

Diese Polarität zwischen der offensiven Auseinandersetzung mit dem Krankheitsgeschehen und dem Respekt vor dem Unaufhaltsamen kennzeichnet geriatrisches Handeln in besonderem Maße (2).

Heilung steht im Vordergrund

Bestehen bei einem Kranken Aussichten auf Besserung, werden selbstverständlich diejenigen Maßnahmen ganz im Vordergrund stehen, die der möglichen Heilung und Linderung des Leidens dienen (7).

So sind zum Beispiel bei bestimmten bösartigen Tumoren echte Heilungschancen gegeben, so daß auch eine erhebliche, aber vorübergehende Einschränkung der Lebensqualität in Kauf genommen werden kann. In anderen Fällen, besonders bei fortgeschrittenen Tumoren und multipler Metastasierung ist eher ein Verzicht auf eine stark

*Dr. med. Christina Naumann ist Oberärztin in der Abteilung für Geriatrie am städtischen Klinikum St. Georg in Leipzig, Dr. med. Wolfdieter Bernard ist Chefarzt bei der Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH (Geriatrisches Krankenhaus Elbroich), Düsseldorf

nebenwirkungsbelastete Therapie indiziert (16).

Der Geriater weiß, daß das Alter allein nie Entscheidungsgrundlage sein kann. Dennoch kann besonders das hohe Alter im Einverständnis mit Patient oder Familie unsere Entscheidung, keine aktiven lebensverlängernden Maßnahmen mehr durchzuführen, erleichtern. Andererseits wird der Geriater manchmal trotz hohen Alters aktiv werden, wo der Durchschnittsmediziner aufgrund des Alters und einer Behinderung keine kurativen Möglichkeiten sieht. So gibt es Beispiele von über 90jährigen, die ihrem Wunsch und Willen gemäß, trotz ihres Alters, durch medizinischen Einsatz gerettet wurden (1, 13).

Kein Ausschluß aus Altersgründen

Das Überleben geriatrischer Patienten ist zumeist eng mit ihrem Lebenswillen verbunden (2). Alte Menschen dürfen also nicht generell wegen einer zwar statistisch begründbaren, aber die individuelle Situation nicht berücksichtigenden Altersgrenze von bestimmten Behandlungsformen wie Operationen oder Intensivtherapie von vornherein ausgeschlossen werden. Dies läßt sich beispielsweise mit den zum Teil guten Erfolgen der Kardiochirurgie auch bei Hochbetagten belegen. Auf der anderen Seite müssen wir aber kritisch im Auge behalten, daß alle Statistiken nichts darüber aussagen, wie diejenigen starben, bei denen die Therapie oder der Eingriff nicht zum Erfolg führte (5). Wie von dem Moralthologen Franz Böckle formuliert, wird es für eine Medizin, der es fortlaufend gelingt, den Tod aufzuhalten, immer wichtiger zu wissen, was menschliches Leben zum Überleben wert macht (6).

Die Problematik der geriatrischen Intensivmedizin liegt in der wichtigen Indikationsstellung: Wenn die Behandlung nichts hilft, dann schadet sie oft, und das unter Umständen über eine quälend lange Zeit.

Die Schwierigkeit in der Indikationsstellung zur Intensivtherapie

bei älteren Patienten liegt darin, daß einerseits der Allgemeinzustand und der Grad der Belastbarkeit leichter fehlergeschätzt werden als bei jüngeren Patienten, zum anderen in der Häufigkeit der Multimorbidität mit nicht oder nicht sofort erkennbar in Erscheinung tretenden Begleiterkrankungen, die dann den weiteren Verlauf bestimmen, wie z.B. eine bis dahin subklinisch verlaufende koronare Herzkrankheit, eine bisher asymptomatische Stenose einer Zerebralarterie, eine latente Niereninsuffizienz oder eine symptomarme chronisch-obstruktive Lungenerkrankung. Zuweilen läßt sich auch gar kein präzise formulierbarer Grund ermitteln, warum einer Intensivtherapie der Erfolg versagt blieb. Die Indikation zur Intensivtherapie muß leider ja auch häufig dort ohne ausreichende Kenntnis der Vorgeschichte gestellt werden, wo ein Unterlassen sinnvoller wäre (5).

Nutzen der Medizin ist begrenzt

Die Ausdehnung der operativen Indikationen bis zum hohen Greisenalter und auch auf Patienten mit schweren Begleiterkrankungen erlaubt es, daß heute Patienten beinahe aller Risikogruppen operativ versorgt werden können (6). Es ist jedoch ein Punkt erreicht, an dem erkannt werden muß, daß der Nutzen begrenzt ist. Unglücklicherweise besteht fortwährend ein technischer Imperativ, daß alles getan werden muß, was technisch getan werden kann. Die Zeit ist gekommen, wo wir sagen sollten: Gerade weil wir alles tun können, bedeutet es nicht, es auch tun zu müssen, sondern zu überdenken, ob wir wirklich dem Menschen helfen (1). So treten nach einem primär gelungenen Eingriff viel häufiger als bei jüngeren Patienten nachfolgend Komplikationen auf, die unter Umständen eingreifende Therapiemaßnahmen erfordern, z.B. Respiratorbeatmung oder Dialyse. Statt eines raschen Todes bedeutet das unter Umständen für den Patienten ein längeres leidvolles Sterben.

Es stellt sich die Frage, ob die ungewollten Wirkungen des medizinischen Fortschrittes überhaupt und besonders im hohen Alter in ihrer Schwere nicht die gewollten Wirkungen verdrängen. Je länger und intensiver wir nämlich alle heutigen Behandlungsmöglichkeiten für die uns anvertrauten, auch alten Patienten in vollem Umfang und mit allen Mitteln gemäß dem uralten Auftrag des Arztes, Leben zu erhalten, auszuschöpfen versuchen, desto deutlicher müssen wir neben und hinter der Fülle des Lichtes auch dessen Schattenseite erkennen.

Keine Pflicht zur Maximaltherapie

Gerade in großen, apparativ gut ausgerüsteten Kliniken kann der Arzt nur allzu leicht der Versuchung unterliegen, das gesamte Repertoire der heutigen Diagnostik und Therapie einzusetzen, einer übertriebenen und unbegründeten illusionären Fortschritts-Wunder-Gläubigkeit zu verfallen und den Sinn seines ärztlichen Auftrages zu vergessen (6). Die Entscheidung, etwas nicht zu tun, ist sehr viel schwerer auszuhalten als der Entschluß, noch das Letztmögliche zu versuchen (10).

Als Grundlage einer Entscheidung muß in jedem Einzelfall Nutzen und Risiko von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sorgfältig abgewogen werden. Eine Pflicht zur Maximaltherapie in Grenzsituationen ist nicht gegeben. Sie ist ethisch oft unvernünftig.

Diese Fragen stellen sich vor allem bei Patienten, deren Sterbevergang unwiderrufbar und unaufhaltsam begonnen hat und man nur noch eine geringe Verlängerung des Lebens, richtiger gesagt des Sterbens, vielleicht sogar nur um Stunden und unter Umständen sogar unter kaum behebbarer Qualen erreichen kann (4). Dann sollten wir alle – Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige – uns zu der Erkenntnis durchringen, daß hier der Heil Auftrag des Arztes endet (6).

Auch bei Patienten mit infauster Prognose und raschem Fortschrei-

ten des Krankheitsprozesses, die nicht mehr bewußt und umweltbezogen leben, die sich aber noch nicht im Sterbeprozess befinden, kann sich die Frage nach einem Verzicht auf Maßnahmen zur Lebensverlängerung stellen. Eine solche Änderung des Behandlungszieles wird unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten nur in Betracht kommen, wenn die Aufnahme einer lebensverlängernden Maßnahme oder die Fortführung der Behandlung keine Hilfe für den Patienten darstellt, sondern ihn unvertretbar belastet (4).

Risiko Klinikeinweisung

Früher war es üblich, daß zu Hause gestorben wurde, im Kreise der Familie und der Angehörigen. Auch heute möchten fast alle Menschen in ihrer häuslichen Umgebung sterben. Tatsache ist aber, daß über 70 Prozent aller Menschen im Krankenhaus sterben (8, 13).

Es sind dies zum Großteil Patienten, die über Noteinweisungen aus was auch immer für Gründen, oft Hals über Kopf, eingewiesen werden. Die Einweisung gilt als Auftrag für die Stelle, die einen unbekanntem Patienten übernimmt, Leben zu retten. Eine Maschinerie wird in Gang gesetzt, die nur schwer zu unterbrechen ist. Es sei denn, Sterbebegleitung ist als Auftrag bzw. als Einweisungsdiagnose ehrlich genannt worden, was jedoch in den seltensten Fällen erfolgt (13).

Man erlaube die Frage, ob alte, pflegebedürftige Menschen mit frischem Herzinfarkt, einem Apoplex oder einer Pneumonie unter bestimmten Umständen und einer angemessenen Behandlung durch den Hausarzt nicht besser im Pflegeheim oder zu Hause gelassen werden sollten (1). Ein Transport und der plötzliche Wechsel in eine unruhige, unbekanntem Umgebung können an sich eine Gefahr bedeuten.

Als nicht unerheblich erweist sich die Letalität des Faktors „Krankenseinweisung“ bei älteren pflegebedürftigen Menschen, deren Ein-

weisungsgrund nur darin bestand, was wir als soziale Indikation zu bezeichnen gewohnt sind (zeitweise Entlastung des häuslichen Pflegepersonales etc.), ohne daß eine Notwendigkeit zur Einweisung durch eine neu auftretende Erkrankung oder im Hinblick auf eine erforderliche Intensivierung der Rehabilitationsmaßnahmen bestanden hätte. Von diesen Patienten verstarb nach einer Untersuchung jeder fünfte im Krankenhaus – offenbar einfach nur deshalb, weil er aus seinem gewohnten familiären Milieu herausgerissen war. Hier hat der Hausarzt, der den Patienten und die Angehörigen genau kennt, eine schwierige und verantwortungsvolle, aber sehr wichtige Aufgabe, um differenzierte Entscheidungen zu treffen (5).

Auch nach dem Verlust der Persönlichkeit, wie zum Beispiel einer schweren Demenz, bleibt die Person mit ihrem Anspruch auf menschenwürdige Behandlung erhalten.

Ein ethisches Problem ergibt sich dann, wenn bei einem Patienten mit einer fortgeschrittenen Demenz eine körperliche Krankheit auftritt, die ohne ärztlichen Eingriff zum Tode oder zu einer erheblichen Lebensverkürzung führen würde. Soll und muß man in solchen Fällen von dem gesamten Spektrum medizinischer Intensivmöglichkeiten Gebrauch machen, oder darf man auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten, um das Leiden der Patienten und seiner Angehörigen an der dementiellen Grunderkrankung nicht zu verlängern? Es kann natürlich keine ethisch verbindliche Antwort geben (11).

Lebensqualität oftmals schlecht einschätzbar

Ebenso wie für körperlich Kranke gilt nämlich offensichtlich auch für Demenzpatienten, daß die Beurteilung der Einschränkung der individuellen Lebensqualität durch Dritte erheblichen Irrtümern unterliegt. Viele dieser Erkrankten können trotz des zeitweise schmerz-

erlebten Kompetenzverlustes im Rahmen menschlicher Zuwendung Glück, Geborgenheit und Zufriedenheit empfinden. Auch die soziale Einbindung spielt deshalb bei der Entscheidungsfindung eine nicht unerhebliche Rolle (11).

Bedenklich ist die Entwicklung in der neueren amerikanischen Rechtsprechung, künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch Nasensonde, operative Stomata- oder Cavakatheter zu denjenigen medizinischen Maßnahmen zu rechnen, die der künstlichen Lebenserhaltung dienen. Deren Abbruch wäre dann aufgrund eines mutmaßlichen Willens ethisch und rechtlich legitimiert. Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gelten traditionell als Symbol menschlicher Zuwendung und Fürsorge zwischen dem Kranken und seinem Pfleger. Der Verzicht auf diese elementare Versorgung verstößt gegen die ärztliche Pflicht, den Patienten bestmöglich zu pflegen, wenn medizinisch nichts anderes für ihn getan werden kann. Der Tötung geriatrischer Patienten auf unterstelltes Verlangen mittels Verzicht auf ihre elementare Versorgung wäre dann Tür und Tor geöffnet. Da die Patienten nicht an den Folgen ihrer Grundkrankheit sterben, sondern verhungern und verdursten, wäre auch die Grenze zwischen passivem Verzicht auf Behandlungsmaßnahmen und der aktiven Tötung auf Verlangen oder unterstelltes Verlangen überschritten (11).

Freund oder Feind

Am Ende eines erfüllten Lebens wird der Tod zumeist angenommen, er kommt zum alten und kranken Menschen häufig als Freund und nicht als Feind.

Wichtigste Vorbedingung für eine gute Sterbebegleitung ist, daß die Ärzte aus ihrer Erfahrung heraus und aus dem Gesamtbild des Patienten die Diagnose „der Patient ist sterbend“ stellen können. Erst dann finden sie aus der diagnostisch-therapeutischen Phase in die Phase der Sterbebegleitung (13).

Für diese Beurteilung ist eine genaue medizinische Untersuchung des Patienten notwendig. Dies erfordert Zeit und oft auch den Versuch einer Therapie, wenn nicht klar ist, ob zum Beispiel eine Depression zugrunde liegt, eine Dehydratation, eine Vergiftung mit Tranquilizern, eine Herzinsuffizienz, ein entgleister Diabetes oder, wie so oft, eine Mischung aus mehreren dieser Probleme. Häufig ermöglicht erst ein Therapieversuch eine adäquate Beurteilung (13, 15).

Die Diagnose „sterbend“ muß im Team besprochen werden, damit die Teammitglieder sich wirklich bewußt werden, was sie denken und fühlen. Dieses fordert ein offenes Gespräch unter allen Beteiligten. Das neue Behandlungsziel, das Ziel der Sterbegleitung heißt dann: „Spüren was der Patient braucht, ihm das Sterben so erträglich wie möglich zu machen“, ihm auch im Akutkrankenhaus ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Sterbegleitung

Es muß heißen: „Der Patient ist sterbend, nun müssen wir alles tun, um ihm diese letzte Phase, die natürlicherweise zum Leben gehört, gut erleben zu lassen.“

Der allgemein verbreitete therapeutische Nihilismus im Umgang mit terminal Kranken muß endlich einer angemessenen Palliativmedizin Platz machen (13).

Die Anforderungen an die Pflege im Rahmen der Sterbegleitung sind hoch, erfordern höchste Professionalität. Dabei gehört es zu den unverzichtbaren Aufgaben des betreuenden Teams – das mit „Kopf, Hand und Herz“ arbeitet, für eine Basishilfe zu sorgen: menschliche Zuwendung, Körperpflege, Schmerzlinderung, Symptomkontrolle (wie Dyspnoe, Agitiertheit, innere Unruhe), Freihalten der Atemwege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und natürliche Ernährung (3, 13). Es darf nicht zu unnötigen Verlegungen oder diagnostischen und therapeutischen Eingriffen kommen und auch nicht zum unnötigen Einsatz von Medikamenten, Infusionen oder Transfusionen.

Schmerztherapie auch prophylaktisch

Leiden ist subjektiv und kann nur vom Leidenden selbst beurteilt werden. Ärzte können deshalb nicht entscheiden, ob es erträglich oder unerträglich ist.

Die medikamentöse Therapie des Sterbenden muß deshalb vor allem eine ausreichende, auch prophylaktisch verabreichte Schmerztherapie sein. Zur Begleitung des Sterbenden gehört auch die Begleitung der Angehörigen über den Tod hinaus (3, 13).

Sicher benötigen wir mehr Daten, um ältere Patienten im Falle einer aufwendigen und eingreifenden Diagnostik und Therapie unter

Berücksichtigung der verschiedenen Aspekte nach unserem besten Wissensstand beraten zu können. Jedoch kann keine Datenbank, kein Computerprogramm, kein noch so ausgefeilter biologischer Altersindex und kein allgemeiner gesellschaftlicher Konsens den behandelnden Arzt von seiner Verantwortung gegenüber seinem ihm anvertrauten Patienten entbinden – und wir sollten dies auch nicht anstreben! (1).

Literatur

1. Behnke, B.: Biologischer Altersindex – Neuer Maßstab für ein erfülltes Leben? *Geriatric Praxis* 3 (1992), 82 - 83.
2. Bruder, J., Lucke, Ch., Schramm, A., Tews H.P., Werner, H.: Was ist Geriatrie? Rügheim: Eigenverlag der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, (3. überarbeiteter Nachdruck) 1994.
3. Butler, R.N., Burt, R., Foley, K.M., Morris, J., Morrison, R.S.: A peaceful death: How to manage pain and provide quality care. *Geriatrics* 51 (1996), 32 - 34.
4. Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Sterbegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. *Deutsches Ärzteblatt* 94, 20 (1997), 1064 - 1065.
5. Frederking, H.: Chancen und Gefahren geriatrischer Intensivmedizin. *Geriatric Praxis* 3 (1990), 28 - 30.
6. Fritsche, P.: Ethische und rechtliche Aspekte der Notfallmedizin. *Geriatric Praxis* 8 (1991), 34 - 37.
7. Fügen, I.: Sterben und Tod. S.602 - 607 in: Fügen, I. (Hrsg.): *Der ältere Patient*. Verlag Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore 1995.
8. Hoffmann, L.: Orte des Sterbens heute. *Geriatric Praxis* 5 (1995), 55 - 56.
9. Kaatsch, H.-J., Schewe, G.: Rechtliche Aspekte bei der Behandlung und Pflege alter Menschen. *Z Gerontol Geriat* 29 (1996), 176 - 179.
10. Knupp, B., Stille, W. (Hrsg.): *Sterben und Tod in der Medizin*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1996.
11. Lauter, H.: Auf dem Weg in eine neue Euthanasiewelle? *Geriatric Praxis* 3 (1992), 84 - 87.
12. Lucke, Ch., Tröger, H.-D.: Sterbebeistand und Tod auf Vertrauen. *Geriatric Praxis* 9 (1996), 26 - 31.
13. Meier-Baumgartner, H.-P.: Der Geriater als Arzt zwischen Macht und Ohnmacht. *Geriatric Praxis* 6 (1995), 41 - 44.
14. Scheidel, P.: Humanität als ärztliche Aufgabe. *Geriatric Praxis* 4 (1995), 45 - 50.
15. Schlierf, G.: Ethische Gesichtspunkte bei Diagnostik und Therapie im Alter. S.46-50 in: Kruse, W., Nikolaus, T. (Hrsg.): *Geriatrie*. Springer - Verlag, Berlin - Heidelberg - New York 1992.
16. Schölmerich, P.: „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. *Geriatric Praxis* 6 (1992), 18 - 24.

Begriffsklärung

Sterbehilfe bezeichnet das Bemühen, dem Patienten so beizustehen, daß er in Würde und weitestgehender Leidensfreiheit sterben kann (4). Solche Sterbehilfe ist ein medizinisches, ethisches und juristisches Problem. Zu unterscheiden sind dabei die reine, indirekte, passive und direkte Sterbehilfe (7, 9, 12, 13).

- **Reine Sterbehilfe:** Sterbebetreuung im Sinne einer Erleichterung des Sterbens ohne Lebensverkürzung. Dies stellt eine moralische und humanistische Grundpflicht dar.
- **Indirekte Sterbehilfe:** Erleichterung des Sterbens mit Inkaufnahme einer Lebensverkürzung als Nebenwirkung, etwa das Verabreichen von schmerzlindernden Narkotika oder Sedativa. Der Arzt ist zum Einsatz solcher Mittel nicht nur berechtigt sondern verpflichtet.
- **Passive Sterbehilfe:** Sterben lassen durch den Verzicht oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, wenn eine Verzögerung des Todesintrittes für den Sterbenden eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet und das Grundleiden mit seinem irreversiblen Verlauf nicht mehr beeinflußt werden kann.
- **Direkte Sterbehilfe:** Sterbehilfe durch gezielte Lebensverkürzung. Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht. Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe erübrigt sich bei einer guten Palliativmedizin und Sterbegleitung.

*Nachdruck aus
„Geriatric Forschung“
Vol. 8/98, Nr. 2 mit
freundlicher Genehmigung*