

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Medizinisch-ethische

Entscheidungen am Lebensende

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2015; 22 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 10-12

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Medizinisch-ethische Entscheidungen am Lebensende

Zusammengefasst von Dr. Claudia Uhler

■ Einleitung

Im Rahmen der „Palliative Care“ arbeiten Palliativmediziner Hand in Hand mit Pflegepersonen, Physiotherapeuten, Seelsorgern und Sozialarbeitern, um Patienten an ihrem Lebensende die bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen. Nicht nur der Begriff der Palliative Care ist weiblich; mit Cicely Mary Storde Saunders war auch die Begründerin der Palliative Care eine Frau. Die Krankenschwester und Sozialarbeiterin betreute 1948 im St. Luke Hospital „Home for Terminal Care“ in London ausschließlich Krebspatienten im fortgeschrittenen Stadium. Nach ihrer Medizinausbildung gründete sie das erste Hospiz. Sie prägte als „Mutter der modernen Schmerztherapie“ den Begriff des „total pain“, des Gesamtschmerzes mit physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Komponente. Auf diese Bereiche erstreckt sich die moderne Palliative Care.

■ Palliative Care für wen?

Von Palliative Care können alle Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen jeden Organsystems profitieren, bei denen ein kurativer Ansatz nicht mehr möglich ist und die nur noch eine begrenzte Lebenserwartung haben. Dass auf Palliativstationen viele Krebspatienten betreut werden, liegt vielfach daran, dass onkologische Patienten vor ihrem Lebensende meist weitaus hilfsbedürftiger sind als Patienten mit anderen terminalen Erkrankungen. Die Hälfte der Patienten, die auf Palliativstationen aufgenommen werden, stirbt hier. Das erklärte Ziel der Palliativmedizin ist jedoch, Patienten zu ermöglichen, möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu leben.

■ Palliative Care in Österreich

Österreich verfügt seit 2004 über einen nationalen Plan des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) zur Versorgung mit Palliativeinrichtungen. Die standardisierten Prozesse sind im Prozesshandbuch für Palliative-Care-Betreuung beschrieben. Die Palliativversorgung umfasst im Rahmen der Regelversorgung 23 Palliativstationen und zusätzlich mehr als 270 mobile Palliativteams, die karitativ finanziert werden. Patienten, die auf Palliativstationen nicht so weit gebessert werden können, um sie nach Hause zu entlassen, werden von Hospizen übernommen.

Im Jahr 2012 wurden 40.000 Patienten von insgesamt 272 Palliativteams betreut, die aus einem Arzt, einem Pflegeteam und

einem Psychologen bestehen und Patienten daheim dieselbe Betreuung bieten wie die Palliativstationen im Spital.

■ Die Lebensqualität verbessern, das Leben verlängern

Bis August 2010 war die wissenschaftliche Evidenz zum Nutzen der Palliative Care dünn, die Studien waren spärlich und von schlechter Qualität. In diesem Monat wurde im hochrangigen *New England Journal of Medicine* die viel beachtete prospektive, randomisierte Studie von Temel et al. [1] publiziert, die ein überraschendes und viel diskutiertes Ergebnis brachte. Sie zeigt, dass Palliative Care nicht nur die Lebensqualität von Patienten mit Bronchuskarzinom verbesserte, die Zahl aggressiver Therapien verringerte und die Aufenthalte auf Intensivstationen reduzierte, sondern sogar einen Überlebensvorteil von 50 % gegenüber Patienten brachte, die keine Palliative Care erhielten (Abb. 1).

Dies übertraf den Effekt der damals verfügbaren Chemotherapien. Zweifler suchten intensiv nach methodologischen Fehlern der Studie und bestätigten am Ende deren korrektes Design und die saubere Durchführung. Es wurde in der Folge intensiv über mögliche Faktoren nachgedacht, die den Zuzugewinn an Lebenszeit durch Palliative Care erklären können. Wie Dr. Amy S. Kelley, Abteilung für Geriatrie und Palliativmedizin, Mount Sinai Hospital, New York, in ihrem Editorial vermutet, verlängert möglicherweise einfach die Verringerung des Elends das Leben [2].

■ Über das Lebensende sprechen, damit geschieht, was Patienten wollen

Ein Geheimnis des Erfolges der Palliative Care liegt wahrscheinlich in den klar definierten Vorgaben für die Palliativversorgung. Daraus lassen sich folgende erfolgreiche Grundsätze für die Betreuung von Palliativpatienten ableiten:

- Patienten nach ihren Gefühlen und Einschätzungen der Situation fragen und nicht mit Details zu ihrer ungünstigen Prognose überfrachten
- Die Symptome behandeln
- Darüber sprechen, wie Therapieentscheidungen gefällt werden
- Über Coping-Strategien sprechen
- Die Familie miteinbeziehen
- Über das Lebensende sprechen

Die Amerikanische Onkologische Gesellschaft hat die Idee der Kommunikation über das Lebensende als Erste aufgegriffen. Mittlerweile wird in Fachgesellschaften aller Fachrichtungen überlegt, was Ärzte mit ihren Patienten am Lebensende besprechen sollten. Patienten gewinnen durch Gespräche über das Lebensende nachweislich nicht nur mehr Lebensqua-

Nach einem Vortrag von Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke, Leiter der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin, Medizinische Universität Wien, im Rahmen des Takeda UROcyclicum 2014, 17.–19. Oktober 2014, St. Wolfgang

lität, sondern auch mehr „Sterbensqualität“. Darüber hinaus senken diese Gespräche die Kosten für das Gesundheitssystem [3].

■ Gespräche über das Sterben nehmen keine Hoffnung

Die Befürchtung, eine „end-of-life discussion“ würde zum Verlust der Hoffnung führen, ist unbegründet. Patienten unter „Standard Care“ weisen nachweislich deutlich höhere Depressionsscores auf als Patienten, mit denen im Rahmen der Palliative Care über das Sterben gesprochen wurde [1]. Es ist absurd, zu glauben, Palliativpatienten würden nicht über das Sterben nachdenken, nur weil sie nicht mit Ärzten darüber sprechen. Ganz im Gegenteil: „End-of-life discussions“ erleichtern terminal kranken Patienten das Leben, weil sie Sicherheit geben. Beispielsweise beruhigt Patienten mit fortgeschrittener Atemnot aufgrund einer unheilbaren Lungenerkrankung das Wissen, nicht ersticken zu müssen, sondern jederzeit eine palliative Sedierung verlangen zu können – ein Gespräch darüber sollte frühzeitig geführt werden.

■ Menschen wollen leben und in Würde sterben

Die Erfahrung auf Palliativstationen zeigt, dass terminal kranke Patienten weiterleben wollen und sich vielfach Interventionen wünschen, auch wenn die Chance auf eine Verbesserung der Situation gering ist. Die meisten Menschen haben am Lebensende die Kraft, ihre Erwartungen an die Realität anzupassen.

Für das betreuende Team ist es vielfach kaum möglich, sich in die Wünsche und Ansichten des Patienten am Ende seines Lebens hineinzuversetzen bzw. diese zu antizipieren. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, Patienten vorurteilsfrei zuzuhören, um ihnen die nach ihren Vorstellungen bestmögliche Betreuung bieten zu können. Ärzte haben die Aufgabe, die Alternativen zu erklären – die Entscheidung trifft der Patient.

Der tägliche Umgang mit Patienten auf Palliativstationen macht klar, dass die Vorstellungen von Menschen von einem Sterben in Würde sehr unterschiedlich sind. Diese unterschiedlichen Blickwinkel müssen anerkannt werden. Wichtig ist es, jedem Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass seine Art zu sterben die für ihn richtige ist. Und nicht mehr.

■ Vorsorgevollmacht statt Patientenverfügung

Menschen sorgen sich vielfach darüber, wer die Entscheidungen trifft, wenn sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Eine gute Lösung für diese Situation ist die Vorsorgevollmacht. Sie gibt einem nahestehenden, vertrauten Menschen die Gelegenheit, Entscheidungen im Sinne des Betroffenen zu fällen. Damit gewinnen Ärzte einen Ansprechpartner, mit dem sie im Gespräch entscheidende Fragen klären können, die sich aus einer Patientenverfügung oft nicht eindeutig beantworten lassen. Das macht die Vorsorgevollmacht in vielen Situatio-

Abbildung siehe Printversion

Abbildung 1: Frühzeitige Palliative Care verlängert das Leben. Translated reprint from [1]. Copyright © 2010 Massachusetts Medical Society. Reprinted with permission from Massachusetts Medical Society.

nen zu einem besser geeigneten Instrument als die Patientenverfügung, letzte Entscheidungen im Sinne des Patienten treffen zu können.

■ Kommunikation, Kommunikation, Kommunikation

In der palliativmedizinischen Betreuung zeigt sich immer wieder, wie wichtig es ist, sehr genau zuzuhören und zwischen den Zeilen zu lesen. Menschen am Ende eines sehr autonomen Lebens erwägen bei Diagnosestellung einer terminalen Erkrankung im Reflex nicht selten Suizid als selbstbestimmten Ausstieg aus ihrem Leben. Manche verlangen dabei nach Unterstützung. Oft ist der Wunsch durch Rücksichtnahme auf die nahestehenden Familienmitglieder motiviert. Manchmal gelingt es, diesen Patienten im gemeinsamen Gespräch mit den Angehörigen klarzumachen, dass sich die ihnen zugetanen Menschen wünschen, den Weg gemeinsam bis zum Ende weiterzugehen und die verbleibende Zeit so gut wie möglich miteinander zu verbringen.

Patienten bei ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen, ist eine der wesentlichen Aufgaben des Palliativmediziners. Dazu gibt es nur ein probates Mittel: Kommunikation.

■ Sinnvolle und sinnlose Interventionen am Lebensende

Unruhezustände bei bewusstseinsgetrübten Patienten

Unruhe und Agitiertheit von somnolenten Patienten werden vielfach auf Schmerzen zurückgeführt. Tatsächlich ist meist ein terminales Delir die Ursache. Dieses wird durch den Einsatz von Opioiden gefördert, die nicht zur Sedierung verwendet werden sollten. Entscheidend ist, den Verdacht auf ein Delir rasch abzuklären und Agitiertheit und Verwirrtheit mit Antipsychotika zu behandeln.

Parenterale Flüssigkeitszufuhr

Die viel diskutierte Frage nach dem Nutzen einer parenteralen Flüssigkeitszufuhr am Lebensende beantwortet eine Studie von Bruera et al. zumindest zum Teil. Sie zeigt, dass die Hydratation leicht dehydrierter Patienten hinsichtlich Symptomkontrolle und Überleben weder einen Vorteil noch einen Nachteil bringt [4]. Die Studie liefert allerdings keine Informationen zum Nutzen der Flüssigkeitsgabe bei schwer dehydratierten Patienten und für Patienten mit Delir. Einfachere Methoden zur Erfassung des Hydratationszustandes wären wünschenswert.

Terminales Rasseln

Ein Symptom, das Angehörige sehr belastet, ist „Lungenraseln“, das als Erstickenzeichen interpretiert wird. Das Geräusch entsteht nicht durch ein Lungenödem, sondern durch Schleimansammlung im Hypopharynx aufgrund des fehlenden Schluckreflexes. Da die Patienten ruhig weiteratmen und die Symptomatik wahrscheinlich nicht mehr wahrnehmen, ist keine Intervention erforderlich. Speziell das sehr belastende Absaugen sollte unterlassen werden. Mit Buscopan oder Sco-

polamin kann, wenn unbedingt erforderlich, die Funktion der Speicheldrüsen gehemmt werden, wodurch die Symptomatik meist sistiert.

Literatur:

1. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733–42.
2. Kelley AS, Meier DE. Palliative care – a shifting paradigm. *N Engl J Med* 2010; 363: 781–2.
3. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med* 2009; 169: 480–8.
4. Bruera E, Hui D, Dalal S, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol* 2013; 31: 111–8.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Herbert Watzke
 Klinische Abteilung für Palliativmedizin
 Universitätsklinik für Innere Medizin I
 Medizinische Universität Wien
 A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
 E-Mail:
 herbert.watzke@meduniwien.ac.at



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)