

**Dr.med. Manfred Hafner, Facharzt FMH, Stadtarzt,  
Leitender Arzt im Krankenhaus Bombach, Limmatstr. 371, 8049 Zürich:**

Mittwoch, 30. Oktober 2002

## **Entscheidungsfindung am Lebensende im Krankenhaus**

.. Einleitung:

Das Krankenhaus Bombach beherbergt 198 Patientinnen und Patienten, welche auf sieben Abteilungen und in zwei Patientenwohngruppen gepflegt und betreut werden. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 85 Jahre, drei Viertel sind Frauen. Vom Januar 2002 bis Ende November 2002 sind 110 Patienten ausgetreten, davon sind 75 verstorben, 35 haben das Krankenhaus lebend verlassen und sind nachhause entlassen worden oder in ein anderes Heim übergetreten. Diese Daten belegen den seit Jahren festgestellten Trend, dass ein Krankenhaus nicht immer und für jeden Patienten die letzte Station am Ende des Lebens bedeuten muss. Umgekehrt ist die Betreuung der Sterbenden (die sogenannte Sterbebegleitung) ohne Zweifel eine der Hauptaufgaben der Mitarbeiter im Krankenhaus.

Folgende Tatsachen erschweren die Betreuung von Patienten im Krankenhaus: erstens die gestiegene Anzahl von Aus- und Eintritten, zweitens die zunehmende Erwartungshaltung von Patienten und Angehörigen, drittens aber die eindeutige Zunahme der Polymorbidität, das heisst: immer mehr Patienten leiden an mehreren Krankheiten gleichzeitig, oder einfacher ausgedrückt: die Patienten sind ‚kranker‘. Diese Polymorbidität ist meistens auch mit einer Polymedikation verbunden. Daraus resultiert, dass die medizinische und pflegerische Betreuung der Patienten aufwändig und auch schwierig geworden ist: neben einem breiten medizinischen Fachwissen wird von einem in einem Krankenhaus tätigen Arzt vor allem auch Erfahrung und ‚klinischer Spürsinn‘ gefordert.

In einem Krankenhaus wird der Arzt und alle anderen Betreuer wie oben dargelegt früher oder später mit der Tatsache konfrontiert, dass der bevorstehende Tod seines Patienten nicht mehr abwendbar ist. Wir sind alle sterblich, ob wir das wahrhaben wollen oder nicht. Leider sind sich viele Menschen dieser Tatsache aber nicht bewusst: der Tod ist immer nur „der Tod des anderen“, der Gedanke an den eigenen Tod wird verdrängt. Ich glaube, das ist zum Teil auch gut so, denn wenn wir immer an die eigene Sterblichkeit denken müssten, würde das viel an Lebensenergie, Zuversicht und Hoffnung blockieren. Trotzdem: irgend einmal schlägt unsere Stunde, die bangen Fragen aber sind: wann ? warum ? und vor allem WIE ? Jüngere Menschen haben zurecht Angst vor dem Tod, das heisst vor einem vorzeitigen Tod. Alte Menschen haben oft nicht mehr Angst vor dem Tod. Aber fast alle Menschen haben Angst vor dem Sterben, vor dem Sterbeprozess, denn dieser wird (zurecht) in Verbindung gebracht mit Leiden, vor allem Schmerzen.

Was können wir im Krankenhaus für die uns anvertrauten Patienten tun, wenn wir doch wissen, dass sie „bald“ sterben werden und müssen ? Antwort: sehr viel.

.. Grundsätzliche Arbeitsweisen in der Medizin:

Wir unterscheiden prinzipiell zwei verschiedene Behandlungskonzepte, ein kuratives und ein palliatives Konzept. Diese Unterscheidung stammt von der Onkologie (Lehre von den Krebskrankheiten). Kuratives Konzept (von lateinisch ‚curare‘ = ‚heilen‘) besagt, dass der Patient durch eine entsprechende Therapie wieder geheilt werden kann. Dieses Konzept wird grundsätzlich in den Spitälern angewandt. Das palliative Konzept (von lateinisch ‚palliare‘ = ‚lindern‘ oder ‚pallium‘ = ‚der Mantel‘) ist schwieriger zu erklären und wird leider oft und fälschlicherweise mit ‚man kann nichts mehr machen‘ assoziiert. Palliative Medizin (modern ‚palliative care‘) beinhaltet all das, was wir tun können, um den Patienten (den wir leider nicht mehr heilen können) von seinem Leiden zu befreien oder anders ausgedrückt, die quälenden Symptome zu bekämpfen. Am meisten Leiden

verursachen ‚die grossen drei‘: Schmerz, Atemnot und Angst.

Immer und überall in der Medizin, also auch in der Geriatrie = Altersmedizin, gelten ethische Richtlinien, die jeder Arzt befolgen muss. Die vier wichtigsten sind: 1. Die Verpflichtung den Willen, die Autonomie und die Persönlichkeit des Patienten zu respektieren, 2. Die Verpflichtung der Helfer Leben zu erhalten und/oder Leiden zu lindern, 3. keinen Schaden zuzufügen und 4. die Pflicht zur Wahrhaftigkeit, das heisst die Information des Patienten und seiner nächsten Angehörigen über Nutzen und Risiken einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme ‚nach bestem Wissen und Gewissen‘.

Die Einhaltung dieser Richtlinien ist in der Altersmedizin besonders anspruchsvoll und auch schwierig. Warum ? Erstens liegt sehr häufig (wie oben geschildert) eine Polymorbidität vor, das heisst die Mehrfacherkrankungen machen eine Aufklärung über die tatsächliche Schwere des Krankheitszustandes eines Patienten fast unmöglich. In der Altersmedizin kann nämlich selbst der Arzt häufig den weiteren Verlauf des Krankheitszustandes eines Patienten nur schwer abschätzen. Zweitens ist die Medizin immer noch voll von Fremdwörtern, und gerade betagte Leute haben Schwierigkeiten, die gestellten Diagnosen zu verstehen und auch zu begreifen. Drittens liegt bei zwei Dritteln der Patienten in unserem Krankenhaus als Hauptgrund für die Pflegebedürftigkeit eine Demenz vor, also eine krankheitsbedingte Hirnleistungsschwäche verbunden mit einer gestörten Urteilsfähigkeit.

Die schwierigste Frage aber ist und bleibt in der Altersmedizin:

Was soll zum entsprechenden Zeitpunkt alles getan werden für den einzelnen Patienten, und dies in Abschätzung des möglichen Nutzens und in Anbetracht der möglichen Risiken ? Sehr oft stellt sich diese Frage im Alltag, wenn der Arzt mit einer Situation konfrontiert wird, die eine Medikation notwendig erscheinen lässt (oder eben nicht) oder aber eine Überweisung des Patienten in ein Krankenhaus als dringend erscheinen lässt. Typisch für die Altersmedizin ist die Tatsache, dass man oft erst im nachhinein klug wird, und Vieles dreht sich um die Worte ‚man hätte halt...‘, ‚warum hat man nicht...‘ etc. Unsere Erfahrung lautet: es kann *richtig* oder *falsch* sein, einen alten Menschen in ein Spital einzuweisen, aber auch: es kann *richtig* oder *falsch* sein, dies nicht zu tun.

Wer entscheidet ?

.. Die Entscheidungsfindung:

Zur Erleichterung der Entscheidungsfindung haben die Vertreter von Arzt- und Pflegedienst des Krankenhauses Bombach in Zürich-Höngg ein sogenanntes „Konzept-Formular“ entworfen (vergleiche Beilage). Dieses Formular wird den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen im Rahmen des Eintrittsgesprächs überreicht, und der Inhalt wird mit ihnen besprochen. Das Dokument ist als Arbeits- und Informationsinstrument gedacht und soll die Kommunikation in diesem schwierigen Bereich erleichtern.

An oberster Stelle im Entscheidungsfindungsprozess steht der Patientenwille, an zweiter Stelle die Meinung der Angehörigen. Nach wie vor ist unklar und auch schwierig, den Begriff des Angehörigen zu definieren. Die sogenannte Patientenautonomie läuft in der Altersmedizin immer Gefahr unterlaufen und übergangen zu werden. Bezugspersonen und Angehörige entscheiden nicht immer und überall im Sinne des Patienten ! Und Pflegenden und Aerzte müssen immer häufiger Arbeiten vor einem Bildschirm übernehmen, anstatt dass sie sich am Krankenbett (wo sie eigentlich hingehören) um den Patienten kümmern können. Am besten ist es, wenn der Patient selbst die Personen bezeichnen und nennen kann, welche sein Vertrauen geniessen, und die auch für ihn und in seinem Sinne entscheiden könnten, falls er selbst dazu nicht mehr in der Lage wäre. Dies kann vor allem dann der Fall sein, wenn er an einer organischen Hirnleistungsschwäche erkrankt ist mit Beeinträchtigung seiner Urteils- und Problemlösungsfähigkeit, aber auch akut im Rahmen einer schweren Erkrankung verbunden mit Äusserungsunfähigkeit (wegen einer Bewusstseinsstörung oder eines Verwirrungszustandes). Aus diesem Grunde sind sogenannte Patientenverfügungen oder Patiententestamente sinnvoll und auch sehr hilfreich. Sie dienen auch zur Erforschung des sogenannten mutmasslichen Willens eines Patienten. Im Krankenhaus Bombach werden solche Patientenverfügungen auf jeden Fall beachtet und befolgt. Wir sind froh, wenn wir den Patienten und seine nächsten Bezugspersonen in diesen Prozess miteinbeziehen und auch einbinden können, denn es soll für jeden Patienten zum individuellen Zeitpunkt die richtige und beste Entscheidung getroffen werden. Letztlich ist es aber immer der Arzt, welcher die Verantwortung trägt für medizinische Entscheidungen. Um so besser ist es, wenn er sich vorher und rechtzeitig über das zu wählende Vorgehen hat absprechen können. Bei Äusserungsunfähigkeit eines Patienten schreibt die

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften zudem ausdrücklich vor, dass sich der behandelnde Arzt sowohl mit den Angehörigen wie auch mit den Pflegenden absprechen muss, bevor er eine Entscheidung fällt. Zu diesem Zwecke kann unseres Erachtens das Konzeptformular als Teil der Krankengeschichte nützliche Dienste erweisen.

---

Weitere Unterlagen im pdf-Format: [Heiminformationen 1](#)  
[Heiminformationen 2](#)

Last update: R.Müller am 17.12.02