

Studienresultate zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende

Schriftliche Fassung des Vortrags vom 30.10.2002 in der Reihe
„Sterbevorbereitung - ein Teil des selbstbestimmten Lebens im Alter“

Dr. med. Georg Bosshard
Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich

Inhaltsverzeichnis:

- Zusammenfassung
- 1. Einleitung
- 2. Der gute Tod: Wie? Wo? Wann?
- 3. Formen der Sterbehilfe und deren Bedeutung
 - indirekte aktive Sterbehilfe
 - passive Sterbehilfe
 - Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen
- 4. Patientenverfügung
- 5. Patientenvertretung
- 6. Autonomie und Wohlbefinden
- Literatur

Zusammenfassung

Stehen medizinische Entscheidungen am Lebensende in Einklang mit meinen eigenen Vorstellungen über einen guten Tod? Ist Sterbehilfe eine Möglichkeit mir bei meinen persönlichen Wünschen, wie, wo und wann ich sterben möchte, entgegen-zukommen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich das folgende Referat. Es basiert auf empirischen Untersuchungen, aber auch auf persönlichen Erfahrungen des Autors als Allgemeinarzt. Die einzelnen Formen der Sterbehilfe werden vorgestellt und deren konkrete Bedeutung beim Sterben im Alter untersucht. Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen und Patientenvertretungen werden erörtert. Das Referat schliesst mit einer Untersuchung des Zusammenhangs von Autonomie und Wohlbefinden im hohen Alter.

1. Einleitung

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Selber über die Umstände des eigenen Todes bestimmen zu können: das ist eine Vorstellung, welche für viele Menschen heute immer wichtiger wird. Die amerikanische Medizinethikerin Margaret Battin hat dies vor 10 Jahren gar als „das wichtigste Bürgerrechtsthema der Gegenwart“ bezeichnet. Wenn ich heute in diesen bis fast auf den letzten Platz gefüllten Vorlesungssaal blicke, dann denke ich, dass Battin mit dieser Aussage nicht ganz falsch gelegen haben kann.

Da mein Vortrag am Anfang dieser Reihe steht, erlaube ich mir, das gewählte Thema verhältnismässig weit zu interpretieren. So möchte ich Ihnen im Folgenden anhand von sozialmedizinischen und medizinethischen Studien, aber auch anhand meiner persönlichen Erfahrungen als Allgemeinarzt einen Überblick über das Thema der Sterbehilfe oder, wie es heute moderner heisst, der „medizinischen Entscheidungen am Lebensende“ liefern. Daneben möchte ich auch auf einige Begriffsdefinitionen und Klärungen eingehen. Beginnen möchte ich mit einigen allgemeinen Überlegungen über den guten Tod.

2. Der gute Tod: Wie? Wo? Wann?

Das Thema des „guten Lebens“ und des „guten Todes“ hat die Menschen seit jeher beschäftigt. Beim letzteren spielen Fragen nach dem Wie, Wo und Wann eine zentrale Rolle. Die Vorstellung der Menschen über das Wie eines guten Todes erscheinen oft recht ähnlich: Schmerzfrei sollte er sein, ruhig, natürlich, ein sanftes Hinübergleiten. Und tatsächlich sehen wir diese Art des Sterbens gerade im hohen Alter nicht so selten. Leider kann die klinische Realität manchmal aber auch anders sein. Betreffend das Wo äussern Menschen häufig den Wunsch, in ihren eigenen vier Wänden sterben zu dürfen. Unerwünscht ist oftmals das Sterben im Spital, geradezu als Schreckvorstellung gilt vielen das Sterben auf einer Intensivstation. Realität ist, dass heute in der Stadt Zürich über drei Viertel aller Menschen in Institutionen sterben, und weit mehr als ein Viertel im Spital. Auch die große Bedeutung des Wann, des richtigen Zeitpunktes zum Sterben, wird allgemein bejaht. Höchst kontrovers dürfen aber die Ansichten darüber sein, ob, und wenn ja, auf welche Weise der Mensch auf diesen Zeitpunkt selber Einfluss nehmen darf. Nicht jeder würde sich wohl der folgenden radikalen Formulierung des französischen Schriftstellers Aragon anschliessen.

-- *Le plus beau cadeau que la vie nous offre, c'est la possibilité d'en sortir quand bon nous semble.*

Wie auch immer: Wir sind uns alle im Klaren darüber, dass die Frage nach dem guten Sterben keineswegs nur eine medizinische oder institutionelle, sondern zumindest eben so sehr eine allgemein-menschliche und persönliche ist. Worum es aber in diesem Vortragszyklus gehen soll, ist die spezifische Frage. Wie kann die Medizin, das Gesundheitswesen einem betagten Menschen bei seinem persönlichen Wunsch über das Wie/Wo/Wann seines Sterbens entgegenkommen oder ihn zumindest darin nicht behindern?

Der in diesem Zusammenhang zentrale Begriff der *Sterbehilfe* kann in einem weiteren und einem engeren Sinne verstanden werden. In einem weiteren Sinne umfasst er alle Massnahmen, welche einen Sterbeprozess erleichtern können. Man spricht hier auch von Hilfe *beim* Sterben resp. von Sterbebegleitung. In diesem Zusammenhang wichtig ist der Begriff des palliative care, der Palliativmedizin und –pflege also. Man versteht darunter

-- *die angemessene medizinische und pflegerische Versorgung von an fortgeschrittenen resp. fortschreitenden Erkrankungen leidenden Patienten, welche eine begrenzte Lebenserwartung haben und bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist.*

Dieses Thema wird ohne Zweifel in späteren Referaten dieser Reihe, insbesondere denjenigen von Prof. Oelz, Prof. Metzger und Dr. Hafner, noch ausführlich behandelt werden.

Demgegenüber möchte ich in meinem Vortrag hauptsächlich auf die Sterbehilfe im engeren Sinne eingehen, nämlich auf die Hilfe *zum* Sterben. Unter Sterbehilfe in diesem engeren Sinne versteht man sämtliche:

-- *Handlungen und Unterlassungen, welche darauf zielen, im Interesse eines schwerkranken Menschen dessen Tod herbeizuführen.*

3. Formen der Sterbehilfe und deren Bedeutung

Was für Formen einer derart definierten Sterbehilfe gibt es? In der Regel werden vier Arten unterschieden:

- Als *passive Sterbehilfe* bezeichnet man die *Unterlassung oder den Abbruch einer potentiell lebensverlängernden Therapie*.
- Von *indirekt aktiver Sterbehilfe* spricht man, wenn zur *Linderung der Symptome sterbenskranker Patienten Mittel eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können*. Mit „indirekt“ ist also „unbeabsichtigt“ gemeint. Fast immer wird von indirekt aktiver Sterbehilfe im Zusammenhang mit der Gabe von Morphium am Lebensende zur Linderung von Schmerz und/oder Atemnot gesprochen.
- Als *Suizidbeihilfe* bezeichnet man die Hilfe bei der gezielten Selbsttötung eines sterbewilligen Menschen.
- Direkte aktive Sterbehilfe schliesslich ist die aktive Handlung mit dem Ziel, den Todeseintritt eines schwerkranken Leidenden zu beschleunigen resp. dessen Leben zu beenden.

Sie sehen, dass bei dieser Einteilung ganz verschiedene, nicht ganz einfache gedankliche Konzepte wirksam sind. Bei der Abgrenzung der passiven von der aktiven Sterbehilfe geht es um die Unterscheidung, ob eine

Beschleunigung des Todeseintrittes durch eine aktive Massnahme oder aber nur durch einen Behandlungsverzicht resp. –abbruch herbeigeführt wurde. Bei der Unterscheidung der indirekten von der direkten aktiven Sterbehilfe kommt es auf etwas ganz anderes an, nämlich auf die Absicht: wurde die Beschleunigung des Todeseintritts ausdrücklich beabsichtigt oder lediglich in Kauf genommen? Und der Unterschied zwischen Suizidbeihilfe und aktiver Sterbehilfe schliesslich besteht darin, dass bei der Suizidhilfe der Sterbehelfer nur hilft, die Tötung aber durch den Sterbewilligen selber erfolgt, d. h. als Selbsttötung in Analogie zum Suizid. Nach schweizerischem Recht ist Sterbehilfe immer dann erlaubt, wenn sie nur passiv, nur indirekt oder nur als Beihilfe erfolgt. Verboten dagegen ist in jedem Fall die aktive Tötung eines Patienten. Dies gilt nach geltendem Recht auch dann, wenn der Patient seine Tötung ausdrücklich wünscht, d. h. auch die sogenannte „Tötung auf Verlangen“ ist nach schweizerischem Recht strafbar.

Wie häufig kommt es dann vor, dass ein Todesfall in Zusammenhang mit Sterbehilfe steht? Zu dieser Frage gibt es aus der Schweiz wie auch aus den meisten Ländern der Welt bis heute noch keine genaueren Zahlen. Lediglich in Holland, Belgien und Australien sind bisher Daten veröffentlicht worden, welche durch strickt anonyme Befragungen von Ärzten gewonnen wurden und welche eine ungefähre Bestimmung der Häufigkeit der einzelnen Formen von Sterbehilfe ermöglichen. Stark vereinfacht gesagt zeigen diese Studien, dass -- -- *Passive Sterbehilfe* *in ca. 20 Prozent aller Todesfälle*

- *Indirekte aktive Sterbehilfe* *in ca. 20% aller Todesfälle*
- *Suizidbeihilfe* *in weniger als 1 Prozent aller Sterbefälle*
- *aktive Sterbehilfe* *in weniger als 5 Prozent aller Sterbefälle*

eine Rolle gespielt hat. Das bedeutet, dass in fast jedem zweiten Todesfall ein medizinischer Entscheid einen Einfluss auf den Todeszeitpunkt (im Sinne einer Beschleunigung des Todeseintrittes anstatt einer maximal möglichen Lebensverlängerung) hatte. Das erscheint doch ziemlich viel. Um diesen Befund realistisch einschätzen zu können, muss man eben auch beachten, dass in den meisten dieser Fälle die Lebensverkürzung durch die Sterbehilfe sehr gering war. Konkret wurde in Holland von den befragten Ärzten bei der

- *passiven Sterbehilfe in 8 Prozent*
- *indirekt aktiven Sterbehilfe in 1 Prozent*
- *Suizidbeihilfe und aktiven Sterbehilfe in 9 Prozent*

der Fälle die mit der Sterbehilfe verbundene Lebensverkürzung für grösser als vier Wochen eingeschätzt. Mit anderen Worten: Der Einfluss der Sterbehilfe auf das „Wann“ auf den Zeitpunkt des Todes, hielt sich in den meisten Fällen in engen Grenzen.

Das gilt offensichtlich ganz besonders für die **indirekt aktive Sterbehilfe**. Hier schätzte der Arzt sogar in 97 Prozent aller Fälle die damit verbundene Lebensverkürzung für kleiner als eine Woche ein. Bedenken Sie nun dazu, dass es Studien gibt, welche zeigen, dass eine professionell durchgeführte Morphiumtherapie am Lebensende durchaus auch lebensverlängernd wirken kann, indem diese den Patienten vom Stress des Schmerzes und der Atemnot befreit. So kommt dem Morphium unter dem Strich vielleicht überhaupt keine lebensverkürzende Wirkung zu. Deshalb wäre es wohl am klügsten – und ist auch schon mehrfach gefordert worden – die Symptomlinderung mit Morphium am Lebens-ende gar nicht als Sterbehilfe im engeren Sinne einzuordnen, sondern als Bestandteil der Palliativmedizin, und den Begriff indirekt aktive Sterbehilfe definitiv zu streichen.

Eine ganz andere Sache ist es natürlich, dass man Morphium auch zur gezielten Tötung, zur aktiven Sterbehilfe verwenden kann. Hier ist aber nicht nur die Absicht des handelnden Arztes, sondern eben auch die angewandte Morphiumdosis eine ganz andere.

Im Folgenden möchte ich noch auf die passive Sterbehilfe und die Suizidbeihilfe etwas genauer eingehen. Auf die passive Sterbehilfe, weil diese Art der Sterbehilfe im Alter besonders häufig ist, auf die Suizidbeihilfe, weil diese zwar selten, aber in der Schweiz im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen öffentlich häufig und sehr kontrovers diskutiert wird.

Als eine Form der **passiven Sterbehilfe** ist die Nicht-Behandlung einer Lungen-entzündung mit Antibiotika im hohen Alter die wohl häufigste Form der Sterbehilfe überhaupt. Wie sie vielleicht wissen, sind Lungenentzündungen, welche sich oftmals auch an banale „Erkältungen“ anschliessen können, im hohen Alter besonders häufig, dies insbesondere bei vermehrt immobilen oder bettlägerigen Patienten. In solchen Fällen steht man vor der Alternative, ob man die Lungenentzündung anti-biotisch behandeln soll, oder aber, ob man sich stattdessen allenfalls auf lindernde Massnahmen zur Bekämpfung allfälliger Symptome wie Atemnot, Fieber oder Durst beschränken will, was den Tod des Patienten zur Folge haben kann.

Wir haben vor einigen Jahren im Rahmen einer Studie fünfzig Bewohnern von zwei Krankenhäusern in der Stadt Zürich die hypothetische Frage gestellt, wie sie in einem solchen Falle bei sich selber entschieden haben möchten. Dabei wollten von den Befragten

- 38 Prozent die Lungenentzündung mit Antibiotika behandelt haben
- 30 Prozent keine Gabe von Antibiotika
- 32 Prozent sich in dieser Frage nicht entscheiden.

Wir haben auch untersucht, ob diejenigen Patienten, welche lebensverlängernde Massnahmen ablehnten, weitere gemeinsame Merkmale aufwiesen. Dabei zeigte es sich, dass sich diese in folgenden Merkmalen *nicht* von den übrigen Befragten unterschieden:

- *Alter*
- *Geschlecht*
- *Depressivität*
- *Objektive Lebensbedingungen*
- *Subjektives Wohlbefinden*

Das bedeutet wohl nichts anders, als dass der Arzt nur im persönlichen Gespräch mit dem Patienten ermitteln kann, welches Vorgehen am ehesten in dessen Sinne ist.

Wie Sie wissen, hat vor zwei Jahren der Entscheid des Zürcher Stadtrates, **Suizid-beihilfe durch Sterbehilfeorganisationen** in Städtischen Alters- und Krankenheimen nicht mehr zu verbieten, zu einigem Aufruhr geführt. Tatsächlich sind Todesfälle durch Suizidbeihilfe im Verhältnis zur passiven oder indirekten Sterbehilfe selten. In den letzten Jahren betrug der Anteil „Exit-Suizide“ unter der Schweizer Wohnbevölkerung etwa 2 Promille aller Sterbefälle. Noch deutlich geringer war dieser Anteil in der Altersgruppe der über 85-Jährigen: Zwischen 1990 und 2000 betrug er etwa 0.5 Promille aller Sterbefälle. Diese Zahlen relativieren doch einiges, was in jenen Monaten über Suizidbeihilfe im Alter geschrieben und behauptet worden ist. Die Krankheiten, welche in Zusammenhang mit dem assistierten Suizid bei den 331 Exit-Suizidn unter der Kantonalzürcher Wohnbevölkerung zwischen 1990 und 2000 genannt wurden, gliedern sich auf wie folgt:

- | | |
|--|-------------------|
| -- <i>Krebs</i> | <i>47 Prozent</i> |
| -- <i>Herz/Kreislauf- und Lungenerkrankungen</i> | <i>12 Prozent</i> |
| -- <i>HIV - AIDS</i> | <i>7 Prozent</i> |
| -- <i>Erkrankungen des Nervensystems</i> | <i>12 Prozent</i> |
| -- <i>Andere Krankheiten</i> | <i>21 Prozent</i> |

In der letzten Gruppe, einen Fünftel aller Fälle also, wurden meist nichtlebens-limitierende Krankheiten genannt, wie zum Beispiel Arthrose oder Osteoporose. Diese Fällen waren besonders häufig unter Personen im hohem Alter.

Wir kommen hier zur heiklen Frage, was für eine Krankheit denn vorliegen müsse, - und ob *überhaupt* eine Krankheit vorliegen müsse – damit einem hochbetagten Menschen Suizidbeihilfe geleistet darf. In der Schweiz gibt es dazu keine gesetzlichen Richtlinien. In Holland wurde kürzlich ein Arzt von einem Gericht verurteilt – allerdings straffrei belassen -, weil er einem 86-Jährigen, körperlich und psychisch gesunden sterbewilligen Menschen Suizidbeihilfe geleistet hatte. Die Verurteilung würde damit begründet, dass *ärztliche* Sterbehilfe nur beim Vorliegen einer Krankheit, welche zum Todeswunsch führe, geleistet werden dürfe, nicht aber alleine wegen „Lebensmüdigkeit“. Das holländische Euthanasiegesetz beschränkt Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe strikt auf Ärzte. Im Zusammenhang mit der Frage der Suizidbeihilfe bei Hochbetagten hat die holländische Gesundheitsministerien E. Borst allerdings kürzlich öffentlich geäußert, sie „könne sich auch Formen oder Sterbehilfe vorstellen, welche nichts mit dem Euthanasiegesetz, mit Medizin oder mit Ärzten zu tun haben“. Welche Rolle dem Arzt bei der Suizidbeihilfe zukommen soll, diese Frage wird ohne Zweifel auch in der Schweiz ein zunehmend wichtiger Diskussionspunkt werden.

4. Patientenverfügung

Bisher haben wir uns mit der Frage von Sterbehilfewünschen von urteilsfähigen Personen im Hier und Jetzt beschäftigt. In der Geriatrie oftmals bedeutsamer ist die Frage, wie ein Mensch für die Zukunft - für den Fall, dass er urteilsunfähig geworden sein sollte – Einfluss darauf nehmen könnte, dass medizinische Entscheidungen am Lebensende in seinem Sinne getroffen werden. Hier stehen zwei mögliche Massnahmen im Vordergrund, nämlich die Patientenverfügung und die Ernennung eines Patientenvertreters. Unter einer *Patientenverfügung* versteht man

- *eine persönliche, meist schriftliche Erklärung eines gesunden oder kranken Menschen, in welcher dieser dem Arzt zum Voraus seine individuellen Wünsche betreffend das eigene Sterben mitteilt.*

Die Juristin Kathrin Reusser, von der diese Definition stammt, präzisiert weiter:

- *Zum Kern einer solchen Erklärungen gehört die Ablehnung von lebensverlängernden Massnahmen (also die Forderung nach passiver Sterbehilfe) und die Forderung einer geeigneten Schmerztherapie für diese Zeit.*

Patientenverfügungen nehmen heute in der medizinethischen Diskussion um Sterbehilfe eine wichtige Rolle ein. In vielen Ländern wird das Ausfüllen derartiger Dokumente offiziell unterstützt. Dennoch wird auch heute noch von dieser Möglichkeit vergleichsweise selten Gebrauch gemacht und die Bedeutung von Patientenverfügungen ist auch heute noch vergleichsweise gering. In der bereits erwähnten Studie unter Zürcher Krankenheimbewohnern füllten beispielsweise trotz expliziter Anfragen nur gerade zwei der fünfzig Angefragten eine solche Verfügung aus. Warum nur?

In diesem Zusammenhang wird oftmals erklärend angeführt, dass Wünsche betreffend das eigene Sterben eben generell schwankend seien, gerade auch im Alter, so dass die Menschen sich hierin nicht gerne festlegen wollten. Ich persönlich denke aber, dass diese Wünsche zumindest innerhalb einer Lebensphase – man könnte die Zeit im Krankenhaus als eine solche Phase betrachten – stabiler sind, als generell angenommen wird. Von den fünfzig von uns befragten Krankenhaus-bewohnern konnten wir drei Jahre später 19 über ihre Behandlungspräferenzen im Falle einer akuten Lungenentzündung befragen, wobei 16 der 19 Befragten, also 85 Prozent, sich gleich äusserten wie drei Jahre zuvor.

Ich glaube, die wesentlichen Probleme von Patientenverfügungen liegen woanders: Da ist zum einen die weit verbreitete Verwechslung von passiver Sterbehilfe mit einem sanften Tod, wie sie von M. Battin eindrücklich beschrieben worden ist.

Diese Verwechslung kündigt sich bereits darin an, dass passive Sterbehilfe oftmals gleichgesetzt wird mit „das Leben nicht unnötig verlängern“ oder der „Natur ihren Lauf lassen“. Nun kann es tatsächlich so sein, dass ein bewusster Behandlungs-verzicht dem Patienten zu einem angenehmen Tod verhelfen kann. In diesem Zusammenhang haben wir das Beispiel einer nur symptomatisch nicht aber antibiotisch behandelten Lungenentzündung bereits erwähnt. Es gibt aber genug Gegenbeispiele, wo das Unterlassen einer lebensverlängernden Therapie gerade eben *nicht* zu einem sanften Tod führt. Ein solches Beispiel – es gebe deren viele – möchte ich Ihnen kurz erzählen.

Es handelte sich um einen betagten Patienten mit einer Halbseitenschwäche wegen eines früher erlittenen Schlaganfalls. Dieser hatte in seiner Patientenverfügung festgehalten, er wünsche im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung keine lebensverlängernden Massnahmen und keine Hospitalisation, sondern die Beschränkung auf palliative Massnahmen. Etwas später kam es zu einem fortschreitenden Abfall der roten Blutkörperchen (Hb-Abfall), dessen Ursache unklar war. Infolge des Hb-Abfalls litt der Patient nun an zunehmenden Schwäche-zuständen und Kurzatmigkeit. Nach einem Gespräch mit seiner betreuenden Ärztin wünschte der Patient eine Hospitalisation, zur weiteren Abklärung. Eine Magen-spiegelung zeigte einen Blutungsherd in der Magenschleimwand, welcher behandelt wurde, worauf sich der Blutwert des Patienten normalisierte. Stand dieser Entscheid zur Hospitalisation, Abklärung und Behandlung nun im Widerspruch zu der vom Patienten in seiner Verfügung aufgestellten Forderung? Streng formal ja. Tatsächlich aber war wohl das, was der Patient in seiner Verfügung angestrebt hatte, gar nicht die passive Sterbehilfe per se, sondern ein von ihm in diesem Zusammenhang erhoffter sanfter Tod. Als er aber realisierte, dass ein langsam fortschreitender Blutverlust dieser Vorstellung keineswegs entsprach, entschied er sich für Abklärung und Behandlung. Ich denke nicht, dass es in einem solchen Fall richtig wäre, diese Handlung so zu so zu interpretieren, dass „der Patient nun plötzlich seine Meinung geändert habe“.

Vermutlich liegt das Problem der Patientenverfügungen aber heutzutage zunehmend auch noch an einem anderen Ort. Bis vor wenigen Jahren war das „acharnement thérapeutique“, die therapeutische Verbissenheit von Ärzten, um jeden Preis Leben zu erhalten und zu verlängern, noch weit verbreitet. So notiert K. Reusser 1994:

- *Die inhaltlichen Konzepte der heutigen Patientenverfügungen gehen ohne Ausnahme davon aus, dass der persönliche Wunsch ausschliesslich auf ein „Sterben können“ ausgerichtet ist und sich einem ebenso einheitlich verstandenen Anspruch der Medizin auf „Leben erhalten“ entgegenstellt.*

In Anbetracht der wachsenden ökonomischen Krise im öffentlichen Gesundheitswesen ist aber eventuell schon in näherer Zukunft mit veränderten Inhalten solcher Patientenverfügungen zu rechnen; nämlich dann, wenn das knappe Angebot an Gesundheitsgütern zu „unfreiwilligen“ Behandlungsbegrenzungen, d. h. ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten, führen könnte.

Genau dieser Punkt scheint mir heute leider teilweise erreicht. Die andauernden Spar-Appelle insbesondere an die Ärzte als „Kostenverursacher im Gesundheits-wesen“ haben ihre Spuren hinterlassen. Man steht heute am Krankenbett unter Druck, die Bedürfnissen des einzelnen Patienten nach einer optimalen Versorgung und die Bedürfnisse der Gesellschaft nach einer kostengünstigen Medizin irgendwie unter einen Hut zu bringen. Kann es im Ernst jemanden erstaunen, dass unter diesen Umständen die Haltung „Lohnt sich das denn in diesem Alter noch?“ mancher Ärzte, mancher im Gesundheitswesen Tätigen rasch zunimmt? Dabei - ich sage es nochmals in aller Deutlichkeit – ist auch eine gute Palliativmedizin keineswegs

immer billig.

Ich möchte Ihnen zum Thema „Alter als Rationierungsfaktor“ einen Ausschnitt aus einer ganz aktuellen Studie aus der Schweiz zeigen: in der Herzklinik des Universitätsspitals Basel hat man kürzlich untersucht, wie oft weiterführende diagnostische Massnahmen in Abhängigkeit vom Alter der Patienten durchgeführt worden waren. Eingeschlossen in die Studie wurden 220 Patienten mit akutem Herzinfarkt, von welcher alle ausser ihrer Herzkrankheit keine weiteren lebens-limitierenden Krankheiten aufwiesen. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den jüngeren und den älteren Patienten:

Eine Koronar-Angiografie wurde durchgeführt bei

-- 81 Prozent der unter 75-Jährigen

-- 28 Prozent der über 75-Jährigen

Eine Bildgebung unter Belastung wurde durchgeführt bei

-- 46 Prozent der unter 75-Jährigen

-- 25 Prozent der über 75-Jährigen

Wenn sie das sehen, wird es Sie nicht erstaunen, dass es heute bereits Patientenverfügungen gibt, welche nicht nur die Option einer minimalen Therapie, sondern auch die gegenteilige Option einer maximalen Therapie und Diagnostik vorsehen. Nur eben: Das eigentlich Anliegen so mancher Patientenverfügung wäre vielleicht weder grundsätzlich eine Therapie minima noch grundsätzlich eine Therapie maxima, sondern vielmehr, dass man im konkreten Fall ein vernünftiges Vorgehen jenseits von therapeutischer Verbissenheit, aber auch jenseits von allfälligen Kostenüberlegungen finden könnte.

Mit den Erläuterten möchte ich nun keinesfalls den Eindruck erwecken, dass das Ausfüllen einer Patientenverfügung eine sinnlose oder gar gefährliche Massnahme sei. Nur schon das überlegte Abfassen einer solchen kann ein wichtiger erster Schritt sein, sich mit Fragen zu befassen, welche sich ohnehin irgendwann einmal konkret stellen werden. Aber es ist wohl nicht richtig, die mangelnde Bereitschaft weiter Teile der Bevölkerung, eine Patientenverfügung auszufüllen, vorschnell mit einer mangelnden Bereitschaft, sich mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen. Und man sollte sich jedenfalls vor einer sturen, legalistischen Interpretation einer solchen ohne Beachtung des aktuellen Kontextes hüten.

5. Patientenvertretung

Wenn nun aber der Patientenverfügung eine gewisse Unflexibilität, welche in Kontrast steht zur Vielfältigkeit der Problematik medizinischer Entscheidungen am Lebensende, nicht abzusprechen ist: Könnte diesbezüglich die andere der erwähnten Massnahmen, nämlich die Ernennung eines Patientenvertreters, eine geeignete Alternative oder Ergänzung sein? Unter einem Patientenvertreter versteht man

-- *eine Vertrauensperson, welche von einem Patienten mit medizinischer Entscheidungskompetenz befugt worden ist für den Fall, dass dieser selber urteilsunfähig geworden sein sollte.*

Ich möchte auch dazu wieder mit einigen empirischen Daten beginnen. Anlässlich der erwähnten Studie in Zürcher Krankenheimen haben wir allen fünfzig Befragten explizit die Ernennung eines Patientenvertreters mittels formellem Gespräch und schriftlicher Festlegung vorgeschlagen. Im Gegensatz zur Patientenverfügung fand dieser Vorschlag grossen Anklang, indem fast die Hälfte der Befragten die Absicht äusserte, jemanden aus dem Kreise ihrer Angehörigen als Patientenvertreter zu ernennen. Auch die 22 als Vertreter vorgeschlagenen Personen äusserten sich anfänglich fast ausnahmslos positiv zu diesem Vorschlag. Bemerkenswerterweise kam es aber in der Folge nur zu vier Ernennungen. In allen anderen Fällen wurde, trotz mehrmaliger Initiative von Seiten der Heimärztin, der Vorschlag nicht realisiert. Haupthinderungsgrund aus unserer Sicht war dabei in den meisten Fällen eine bemerkenswerte Scheu von Seiten der Angehörigen, die mit dieser Rolle verbundene Verantwortung tatsächlich zu übernehmen. Eigentlich Schade: In der gleichen Untersuchung konnten wir nämlich zeigen, dass diese Angehörigen weit besser als Ärzte oder Pflegepersonal über die Wünsche der Krankenheimbewohner betreffend lebensverlängernden Massnahmen informiert waren.

Ich kenne keine weiteren empirischen Untersuchungen zu diesem Thema aus der Schweiz. Nach meinem Eindruck ist jedoch die Massnahme „Patientenvertretung“ als rechtsverbindliche Ernennung mit medizinischer Entscheidungskompetenz auch heute noch eher selten.

6. Autonomie und Wohlbefinden

Zum Schluss möchte ich noch einige Überlegungen zum Zusammenhang von Autonomie und Wohlbefinden anstellen. Die Forderung nach Autonomie ist ja ein ganz zentraler Punkt in der heutigen Sterbehilfediskussion. Und dies nicht ohne Grund: Sie sehen auf der folgenden Tabelle, welche Sorgen bei denjenigen 70 Personen, welche in Oregon zwischen 1988 und 2000 ärztliche Suizidbeihilfe erhalten haben, im Vordergrund standen. Bei allen handelte es sich, wie vom Gesetz in Oregon vorgeschrieben, um terminale Patienten, d. h. um solche, bei denen der Arzt die Lebenserwartung für kleiner als 6 Monaten schätzte.

-- <i>Autonomieverlust</i>	<i>83 Prozent</i>
-- <i>Mangelnde Fähigkeit, aktiv das Leben zu geniessen</i>	<i>77 Prozent</i>
-- <i>Verlust der Kontrolle über die eigenen Körperfunktionen</i>	<i>66 Prozent</i>
-- <i>Last für Angehörige / Betreuungspersonen</i>	<i>37 Prozent</i>
-- <i>Schmerzen</i>	<i>24 Prozent</i>
-- <i>Kosten der Behandlung</i>	<i>1 Prozent</i>

Sie ersehen daraus, dass tatsächlich weit vor allen anderen Sorgen die Furcht vor Autonomie- und Kontrollverlust stand –beispielsweise weit vor der Angst vor nicht kontrollierbaren Schmerzen. Das bedeutet, dass auch eine noch so professionelle Schmerztherapie am Lebensende kaum alle diese Sterbewünsche aus der Welt schaffen wird. Und es wirft ein grelles Licht auf die Frage, wie weit es realistisch ist, allein vor der Medizin die Lösung dieser Probleme zu erwarten.

Aber wie ist es denn mit dieser Angst vor Autonomieverlust, vor Abhängigkeit: Könnte es vielleicht so sein, dass manche Hochbetagte sich sehr viel besser mit derartigen Situationen arrangieren können, als manche Jüngere es diesen – oder sich selber – zutrauen.

Dr. Wettstein und Mitarbeiter haben im Jahre 1994/1995 über hundert Betagten in Zürcher Pflegeeinrichtungen im Abstand von einigen Monaten bis maximal einem Jahr einen Fragebogen vorgelegt. In diesem wurden mittels eines standardisierten Tests einerseits die sogenannten „objektiven Lebensbedingungen“ der Befragten (also Faktoren wie Mobilität, körperlicher und geistiger Gesundheitszustand und andere), andererseits das Subjektive Wohlbefinden nach Einschätzung der Betagten selber sowie der betreuenden Pflegepersonal bestimmt. Dabei zeigte sich, dass zwar die objektiven Lebensbedingungen der Betagten und Untersuchungszeitraum deutlich schlechter geworden waren, oder, wie man auch sagen könnte: dass die äusserliche Abhängigkeit deutlich zugenommen hatte. Interessanterweise blieb dagegen das subjektive Wohlbefinden, man könnte auch sagen, die Lebenszufriedenheit der Patienten, konstant. Dieser Befund zeigt in eindrücklicher Weise die Fähigkeit vieler Betagter, sich trotz zunehmender Abhängigkeit ihr subjektives Wohlbefinden erhalten zu können. Vielleicht ist das eine Leistung, welche der produktiven Arbeitsleistung der Jüngeren Generationen in nichts nachsteht. Vielleicht könnte diese Fähigkeit sogar manchmal als Vorbild dienen in einer Gesellschaft, welche dazu neigt, berufliche Produktivität und Erfolg über alle anderen Werte zu setzen.

Zum Abschluss möchte ich Ihnen Ausschnitte aus einer Studie des Heidelberger Gerontologen Andreas Kruse zeigen. Dieser hat 480 Personen im Alter zwischen 60 und 100 Jahre nach den subjektiv erlebten Verlusten und Gewinnen im Prozess des Älterwerdens gefragt. Von den Befragten wurden folgende Gewinne, d. h. positive Veränderungen, berichtet:

- *Veränderung des Anspruchsniveaus in Bezug auf jene Bedingungen, die für ein zufriedenstellendes Leben erfüllt sein müssen, Aufrechterhaltung einer positiven und bejahenden Lebenseinstellung trotz erfahrener Einbussen und Verluste,*
- *realistischere Einschätzung der Grenzen eigenen Handelns, zunehmende Akzeptanz dieser Grenzen und Entdeckung neuer Handlungsmöglichkeiten,*
- *zunehmende Fähigkeit, Pläne und Vorhaben an die begrenzte Zeit anzupassen und Unsicherheit in bezug auf die persönliche Zukunft zu ertragen,*
- *zunehmende Fähigkeit, die unerfüllt gebliebenen Wünsche und Erwartungen im Lebenslauf zu akzeptieren und Kompromisse zu schliessen,*
- *zunehmende Fähigkeit, frühere Ereignisse und Erlebnisse (vor allem Belastungen und Konflikte) neu zu bewerten.*

Der Autor der Studie zieht die Schlussfolgerungen – ich zitiere leicht gekürzt:

In vielen Gesellschaften besteht die Tendenz, das Alter primär aus der Perspektive der körperlichen Leistungsfähigkeit zu begreifen und der „Jugendlichkeit“ gleichzusetzen, d.h. die „Attraktivität“ des Menschen von dessen „Jugendlichkeit“ abhängig zu machen. Alter ist jedoch durch ganz eigene Entwicklungsmöglichkeiten gekennzeichnet, welche sich von denjenigen der jüngeren Generationen unterscheiden: Trotz oder gerade wegen der Einbussen in der körperlichen Dimension sind spezifische Entwicklungsgewinne in der Persönlichkeit möglich. Es ist zum einen notwendig, der in vielen Gesellschaften bestehenden Tendenz, „gelingendes Alter“ mit „Jugendlichkeit“ zu identifizieren, entgegenzuwirken, weil nur dadurch die Diskriminierung älterer Menschen – vor allem älterer, kranker Menschen – vermieden werden kann. Es ist zum anderen notwendig, die Vielschichtigkeit des Alters – auch bei ein und derselben Person – und damit auch die Möglichkeit weiterer Ent-wicklungsgewinne der Persönlichkeit hervorzuheben.

Meine Damen und Herren, ich bin am Ende meines Vortrages angelangt. Ich danke Ihnen für`s Zuhören!

(Literatur beim Verfasser)

[pdf-Format zum Download](#)

last update: R.Müller am 28.11.02