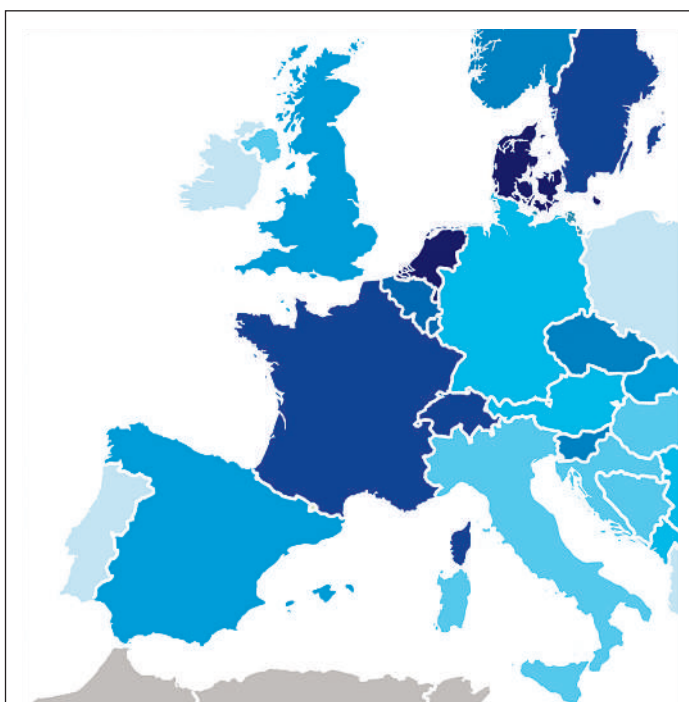


Georg Bosshard

# Hausärztliche Betreuung am Lebensende

Am 35. Ärztekongress in Arosa vom 22.–24. März 2012 wurde unter Leitung des Gerieters und Medizinethikers Georg Bosshard zweimalig der Workshop «Hausärztliche Betreuung am Lebensende» angeboten. Im Vordergrund stand dabei die Diskussion von realen Fällen, wie sie von den Teilnehmenden in ihrer täglichen Praxis erlebt werden.

In solch spezifischen Problemkonstellationen gibt es oft keine verallgemeinerbaren Patentrezepte. Als entscheidend erweist sich vielmehr eine gewisse praktische Problemlösungsfähigkeit gepaart mit Kreativität bei der Suche nach individuellen Lösungen. Drei Themenkreise kamen in mehreren Fällen zur Sprache, nämlich die Frage der Hydratation in der palliativen Betreuung, der Umgang mit Opioiden und Sedativa am Lebensende sowie die ärztliche Beihilfe zum Suizid. Einige zentrale Aspekte dieser Themen werden vom Leiter des Workshops im Folgenden kurz beleuchtet. Für eine vertiefte Behandlung sei auf die angeführte Literatur verwiesen.



## Skala 1–10

1 = niemals gerechtfertigt, 10 = immer gerechtfertigt

6.6–7.0	Niederlande, Dänemark
6.1–6.5	Schweiz, Frankreich, Schweden
5.6–6.0	Belgien, Luxemburg
5.1–5.5	Tschechien, Slowenien, Norwegen
4.6–5.0	Grossbritannien, Slowakei, Spanien
4.1–4.5	Deutschland, Österreich, Serbien, Montenegro
3.6–4.0	Italien, Nordirland, Kroatien, Ungarn, Bosnien-Herzegowina
3.1–3.5	Portugal, Polen, Albanien, Irland

## Abbildung 1

Zustimmung zu Sterbehilfe in Westeuropa, 1999–2000 (nach Daten der European Values Study zusammengestellt durch den Verfasser).

## Hydratation bei Sterbenden

Kaum eine medizinische Intervention am Lebensende ist derart umstritten wie der parenterale Flüssigkeitsersatz. Zahlreiche medizinische Gründe sowohl für wie auch gegen eine solche Massnahme werden angeführt. Die wichtigsten davon sind im oberen Teil von Tabelle 1 zusammengestellt. Insgesamt ist die medizinische Evidenzlage in diesem Bereich erstaunlich dürftig. Manche der geltend gemachten Effekte entspringen entweder rein theoretischen Überlegungen oder aber praktischer Beobachtung im Einzelfall ohne Absicherung durch valide Studien. Noch am ehesten gesicherte Evidenz besteht dafür, dass Unruhe und Delirzustände unter starker Dehydratation am Lebensende häufiger vorkommen [1]. Die Thematik weiter komplizierend kommt hinzu, dass gewisse Effekte der künstlichen Hydratation wie z.B. die mögliche Lebensverlängerung je nach Sichtweise sowohl als Argument für wie auch als Argument gegen die Anwendung dieser Massnahme angeführt werden können.

So erstaunt es denn auch nicht, dass ganz erhebliche kulturelle Unterschiede im Umgang mit parenteralem Flüssigkeitsersatz am Lebensende zu beobachten sind. Im üblichen Schweizer Kontext wird in der Regel der Verzicht auf einen solchen als vernünftiges Geschehenlassen des natürlichen Sterbeprozesses beurteilt (Tab. 1).

**Tabelle 1**

Vorteile und Nachteile der künstlichen Hydratation beim Sterbenden (adaptiert nach [2]).

Mögliche Vorteile	Mögliche Nachteile
Nierenfunktion (Ausscheidung von Metaboliten) ↑ Delir ↓ Bewusstseinszustand ↑ Durst (?) ↓ Lebensverlängerung (?)	Volumenüberlastung, damit vermehrt Atemnot, Karcheln, periphere Ödeme, Aszites Verlust der dehydratationsinduzierten Analgesie (?) Lebensverlängerung (?)
«nicht verdursten lassen», «man macht etwas», «keine Sterbehilfe»	«unnatürlich», «Medikalisierung»

Bereits in Deutschland wird dies aber nicht zwingend so gesehen: Hier sind Stimmen häufiger, die im Verzicht auf Flüssigkeitsersatz am Lebensende die Unterlassung einer eigentlich notwendigen Unterstützungsmassnahme bzw. eine unangebrachte Form der Sterbehilfe sehen. Vollends diametral verschiedene Sichtweisen auf diese Thematik findet man nicht selten bei Patienten, Angehörigen und Teammitarbeitenden aus Südeuropa, dem Balkangebiet oder der Türkei. Hier wird eine künstliche Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden oftmals als indiskutabel zwingend angesehen. Ganz allgemein ist festzuhalten, dass die Akzeptanz von Sterbehilfe bzw. «Euthanasie» (wozu in manchen Kulturen auch der Behandlungsverzicht gerechnet wird) in Europa stark variiert, eine Tatsache, die auch für die folgenden Abschnitte dieses Artikel von hoher Bedeutung ist (Abb. 1).

Es ist jedenfalls hilfreich, wenn man sich als betreuender Arzt dieser kulturellen Unterschiede bewusst ist. Behandlungsteams von Palliativstationen und Pflegeheimen sollten sich zur Frage der Hy-

dratation bei Sterbenden eine gewisse Unité de doctrine erarbeiten. Dadurch kann man unsicheren Angehörigen gegenüber geschlossen auftreten und mit einem klaren Ratschlag zur Seite stehen. Vertritt aber ein Patient oder seine Angehörigen eine klar andere Position, sei diese nun kulturell, religiös oder durch persönliche Erfahrung bedingt, so ist angesichts der doch sehr unsicheren und widersprüchlichen Evidenzlage eine gewisse Toleranz gegenüber anderen Sichtweisen angebracht.

Entscheidet man sich für eine Rehydrierung, so ist oftmals die subkutane Infusion im palliativen Kontext vorteilhaft. Diese ist einfach anzuwenden und mit wenig Beschwerden verbunden. Bei zu Hause betreuten Sterbenden kann gegebenenfalls sogar die Familie für die Überwachung und Entfernung nach erfolgter Applikation instruiert werden. Zur Anwendung gelangen 0,9-prozentige Kochsalzlösungen, die Infusionsgeschwindigkeit sollte nicht mehr als 100 ml bis max. 200 ml pro Stunde betragen. Die Nadel (mit Vorteil ein Butterfly oder eine Verweilkanüle) kann in der Subkutis des Oberschenkels, des Abdomens, der Subclavicularregion oder sogar am Rücken oberhalb des Schulterblattes platziert werden. Bei unruhigen und «nestelnden» Patienten bietet letztere Lokalisation einen gewissen Schutz gegen ein akzidentielles Herausreißen der Infusion durch den Patienten.

Für weiterführende Informationen sei primär auf den Bigorio-Konsens «Hydratation in der palliativen Betreuung» verwiesen [2]. Detaillierte Angaben zum Vorgehen finden sich auch in den mittlerweile zahlreich verbreiteten Nachschlagewerken und Lehrbüchern, z.B. von H. Neuenschwander et al. [3] oder von C. Knipping [4].

### Opioide und Sedativa am Lebensende

Für die Indikationen Schmerz und Dyspnoe bei sterbenden Patienten sind Opioide, insbesondere das Morphin, unbestritten. Der vorangehende Einsatz eines schwachen Opioids wie z.B. Tramadol ist in diesen Situationen meist nur ein unnötiger Zeitverlust. So lange wie möglich erfolgt die Verabreichung des Morphins per os, in einer Startdosis von 5 mg (entsprechend 5 Trpf. Morphin-HCl 2%) alle 4 Stunden, bei hochbetagten Patienten genügen auch 2–3 mg als Startdosis. Wichtig ist eine zusätzliche Reserveverordnung, wobei die Reservedosis jeweils 10–15% der Tagesdosis in max. stündlichen Intervallen beträgt, also zu Beginn 3–5 mg (bzw. 2 mg bei Hochbetagten). Am Folgetag werden die am Vortag benötigten Reservedosen der Fixdosis zugeschlagen: Hat also beispielsweise ein Patient am Vortag zusätzlich zu den 6 × 5 mg 4-mal 3 mg Morphin aus der Reserve benötigt, so beträgt die neue Tagesdosis 42 mg bzw. 7 mg alle 4 Stunden. Erfahrungsgemäss werden allerdings Reserveverordnungen von manchen Pflgeteams nicht genügend ausgeschöpft. In diesen Situationen kann auch eine Erhöhung der Morphin-Tagesdosis um bis zu 30% im Vergleich zum Vortag erfolgen, ungeachtet der am Vortag zur Anwendung (oder eben nicht) gelangten Reservedosis. Ist die Verabreichung des Morphins peroral nicht mehr möglich, erfolgt sie subkutan, wobei wegen des First-pass-Effekts die subkutane Dosis bei der Umrechnung zwei- bis dreifach zu Buche schlägt, d.h., die erwähnten 7 mg peroral entsprechen dann gut einer Viertelampulle Morphin-HCl à 10 mg. Sterbende brauchen aber nicht per se Opioide. Der Einsatz von Morphin beispielsweise als «Mittel gegen Durst» ist sogar problematisch, da Morphin eine bestehende Mundtrockenheit noch verstärken kann. Bei der Entstehung des Durstgefühls spielt die Mundtrockenheit eine zentrale Rolle. Besteht eine solche, ist eine regelmässige (!) durchgeführte Mundpflege entscheidend.

Ebenfalls ist Morphin kein geeignetes Mittel gegen Unruhe bei Sterbenden. Im Gegenteil ist es nicht selten mitursächlich verant-

wortlich für Delirien in den letzten Lebenstagen und -stunden. Dies gilt insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion, da es dann zwangsläufig zur Akkumulation des in der Leber konjugierten Morphins im Körper kommt. Da bei Sterbenden auch ohne vorbestehende Niereninsuffizienz die Nierenfunktion rasch zurückgehen kann (bei Dehydratation fast zwingend), kann dies bei einem prolongierten Sterbeprozess über mehrere Tage oder sogar Wochen zu einem ernsthaften Problem werden. Keinesfalls sollte man dann, um der Unruhe zu begegnen, die Morphindosis steigern. Vielmehr ist eine Reduktion derselben angebracht. Sollten sich die Hinweise verdichten, dass eine ungenügende renale Morphinausscheidung infolge zunehmenden Nierenversagens für die Unruhe des Patienten mitverantwortlich ist, muss auch ein parenteraler Flüssigkeitsersatz zur Stützung der Nierenfunktion erwogen werden (siehe oben).

Nicht vergessen werden sollte, dass über längere Zeit eingenommene Opioide auch ohne Niereninsuffizienz zu Verwirrheitszuständen, Halluzinationen, teilweise auch Myoklonien führen können. In dieser Situation ist eine sogenannte Opioidrotation angezeigt, d.h. der Wechsel auf ein anderes Opioid, z.B. Hydromorphon oder Methadon. Die Durchführung derselben ist nicht ganz banal, für Einzelheiten sei auf die einschlägigen Lehrbücher verwiesen.

Natürlich sind bei weitem nicht alle Unruhezustände bzw. agitierte Delirien sterbender Patienten durch Opioide verursacht. In Frage kommt eine Vielfalt von weiteren Ursachen, die im Einzelfall nicht einfach zu bestimmen sind [5]. Und nicht immer ist die Therapie mit Neuroleptika allein erfolgreich. Je nach Situation ist der Beizug eines Spezialisten für Palliativmedizin zu erwägen. Gegebenenfalls müssen zusätzlich Benzodiazepine (z.B. Midazolam [Dormicum®]) via Perfusor zum Einsatz gelangen bis hin zur sogenannten palliativen Sedierung [6].

### Beihilfe zum Suizid

Im Gegensatz zu den oben behandelten Themen gehört die Beihilfe zum Suizid nicht zu den alltäglichen Problemen bei der Betreuung von Patienten am Lebensende. In beiden Workshops wurden aber auch Fragen aus diesem Bereich eingebracht, was zeigt, dass der Orientierungsbedarf für den ärztlichen Praktiker in diesem Bereich erheblich geworden ist. Darauf näher einzugehen, würde den Rahmen dieses Überblicks sprengen. Klar festgehalten werden soll an dieser Stelle lediglich, dass jeder assistierte Suizid als aussergewöhnlicher Todesfall den Untersuchungsbehörden zur Abklärung gemeldet werden muss. Ein detaillierter Überblick über Rechtslage, etablierte Praxis und konkrete Anforderungen der Untersuchungsbehörden wurde vom Autor dieser Zeilen kürzlich in der *Schweizerischen Rundschau für Medizin* publiziert [7].

Die standesethischen Grenzen der Beihilfe zum Suizid werden von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW in ihren 2004 revidierten Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende festgehalten [8]:

Die Haltung der SAMW lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist, dass aber innerhalb gewisser Grenzen entsprechende Aktivitäten einzelner Ärztinnen und Ärzte in diesem Bereich als deren persönliche Gewissensentscheidung toleriert werden. Erst kürzlich hat die SAMW die (gesetzlich nicht verlangte) Beschränkung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid auf sterbende Patienten bekräftigt. Die eher restriktive Haltung der SAMW ist in letzter Zeit zunehmend in Kritik geraten, da sie es dem ärztlichen Praktiker zwar leicht mache, sich einer Beihilfe zum Suizid zu entziehen, ihn aber allein lasse, wenn er sich dieser Aufgabe stellen wolle [9].

### Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW zur Beihilfe zum Suizid

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss

Hier zeigt sich, dass die Haltung der SAMW, die Beihilfe zum Suizid als keinen Teil der ärztlichen Tätigkeit einzuordnen, ein zweischneidiges Schwert ist. Allerdings bestehen für die Stossrichtung der SAMW, dass «die zunehmende Etablierung der Suizidhilfe in der Verantwortung der Gesellschaft als Ganzer liegt und nicht an die Ärzteschaft delegiert werden darf» gute Gründe. Die Gefahr, dass andernfalls die Beihilfe zum Suizid von einer freiwilligen Möglichkeit zu einer ärztlichen «Behandlungs»-Pflicht mutieren könnte, ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Es kommt vor, dass Hausärzte von Sterbehilfeorganisationen unter Androhung von rechtlichen Schritten unter Druck gesetzt werden, zur Urteilsfähigkeit hinsichtlich eines Freitodes Stellung zu nehmen. Hierzu ist klar festzuhalten, dass der Hausarzt ein solches Ersuchen jederzeit ablehnen kann. Auskunft schuldet der Arzt seinem Patienten gegenüber lediglich über medizinische Sachverhalte wie die Diagnose, die damit verbundene Prognose und die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten.

*Der Autor dankt Dr. Fiona Fröhlich, Winterthur, für die Moderation des Workshops und für das Gegenlesen dieses Artikels.*

### Literatur

- 1 Fainsinger RL. Hydratation am Lebensende. Palliative-ch 2010;4:5–8. [http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/magazin/2010\\_4.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/magazin/2010_4.pdf)
- 2 Palliative.ch. Hydratation in der palliativen Betreuung. Bigorio-Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz. [http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/Bigorio\\_2009\\_Hydratation\\_dt.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2009_Hydratation_dt.pdf)
- 3 Neuenschwander H et al. Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Herausgegeben von der Krebsliga Schweiz, Bern; 2006.
- 4 Knipping C. Lehrbuch Palliative Care (2. Auflage). Bern: Hans Huber; 2007.
- 5 Palliative.ch (2004). Empfehlungen «Delirium». Bigorio-Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz. [http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/E\\_12\\_4\\_bigorio\\_2004\\_Delir\\_de.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_4_bigorio_2004_Delir_de.pdf)
- 6 Palliative.ch. Empfehlungen „Palliative Sedation“. Bigorio-Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz. [http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/E\\_12\\_3\\_bigorio\\_2006\\_Sedation\\_de.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_3_bigorio_2006_Sedation_de.pdf)
- 7 Bosshard G. Beihilfe zum Suizid – medizinische, ethische und rechtliche Aspekte. Schweiz Rundschau Medizin Praxis 2012;102:183–9. <http://www.praxis.ch/pdf/2012/03/PRX101030183.pdf>
- 8 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2004). Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien. [www.samw.ch](http://www.samw.ch) -> Ethik
- 9 Litschgi L. Wer stellt sich der Aufgabe, vor die uns sterbewillige Patienten stellen? Schweizerische Ärztezeitung 2012;93:761. <http://www.saez.ch/docs/saez/2012/2021/de/SAEZ-00563.pdf>
- 10 Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe. Schweizerische Ärztezeitung 2012;93:411–2. <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de//2012/2012-11/2012-11-129.PDF>

### Korrespondenz:

PD Dr. med. Georg Bosshard  
 Leiter Akutgeriatrie  
 Spital Uster  
 Brunnenstrasse 42  
 8610 Uster  
[georg.bosshard\[at\]spitaluster.ch](mailto:georg.bosshard[at]spitaluster.ch)