
Medizinische Entscheidungen zur Lebensverkürzung: Fakten und Konzepte

Gerrit Van der Wal

Grenzen und Definitionen

In einem Dialog zwischen Ländern ist es sehr wichtig, dieselbe Sprache zu sprechen und dieselben Formulierungen zu gebrauchen. Darum zuerst ein paar Bemerkungen über Grenzen und Definitionen.

Medizinische Behandlung am Ende des Lebens umfasst auch die palliative Behandlung und kann Entscheidungen medizinischer Interventionen beinhalten, die, beabsichtigt oder nicht beabsichtigt, den Tod beschleunigen können.

1. *Kurative Behandlung*, die einem Patienten mit einer potentiell tödlichen Krankheit zuteil wird, ist ausgerichtet auf Heilung oder Lebensverlängerung (inklusive der symptomatischen Behandlung von Beschwerden).
2. *Palliative Behandlung* hat nicht die Absicht der Heilung oder Lebensverlängerung, sondern die der Linderung von Schmerzen und anderer Symptome (während viel Aufmerksamkeit auf die psychischen, sozialen, emotionalen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten gerichtet wird).
3. *Medizinische Entscheidungen* am Lebensende sind Entscheidungen des Arztes im Hinblick auf Handlungen, die eine gezielte Beschleunigung des Todeseintrittes beabsichtigen oder die Möglichkeit eines schnelleren Ster-

bens einbeziehen. Solche Entscheidungen am Lebensende umfassen:

3.1 Entscheidungen über *Abbruch* oder *Verzicht* einer potentiell lebensverlängernden Behandlung, zum Beispiel künstliche Beatmung, künstliche Ernährung oder Dialyse.

3.2 *Linderung von Schmerzen oder anderer Symptome* mit zum Beispiel

a) Opiaten oder

b) Terminale Sedierung mit Benzodiazepinen oder Barbituraten in einer Dosis, die stark genug ist, um als mögliche oder sichere Nebenwirkung eine beabsichtigte Beschleunigung des Todesesintrittes zu bewirken.

3.3 *Ärztlich assistierter Tod* (aktive Sterbehilfe), definiert als Verschreibung oder Verabreichung von Medikamenten mit der ausdrücklichen Absicht, das Leben des Patienten zu beenden bzw. den Patienten zu befähigen, es selbst zu beenden (das heißt Euthanasie bzw. ärztlich assistierter Suizid, indem es auf ausdrückliches Verlangen des Patienten geschieht).

Kurative Behandlung, palliative Behandlung und Entscheidungen zur Lebensverkürzung

Das Verhältnis zwischen kurativer Behandlung, palliativer Behandlung und medizinischen Entscheidungen am Lebensende ist unterschiedlich, je nach Art der Entscheidung.

Manche Personen sterben eines unerwarteten und plötzlichen Todes, zum Beispiel nach einem Schlaganfall, Herzinfarkt oder einem Verkehrsunfall. Hinsichtlich dieser Sterbefälle ist keine Rede von terminaler oder palliativer Behandlung, ebenso wenig von der Möglichkeit oder Notwendigkeit zu Entschlüssen, die Entscheidungen am Lebensende betreffen.

Es gibt noch eine andere Gruppe von Todesursachen, in der der Tod nicht nach einer Entscheidung zur Lebensverkürzung eingetreten ist, sondern in der bis zum Ende kurative oder lebensverlängernde Behandlung geleistet wurde. Bei den meisten nicht plötzlichen Sterbefällen (wenigstens in den Niederlanden) sind eine oder mehrere Entscheidungen am Lebensende getroffen worden.

Genau definiert, fängt palliative Behandlung erst dann an, nachdem der Entschluss gefasst worden ist, dass eine Heilung der Krankheit oder Lebensverlängerung nicht länger mehr Absicht der medizinischen Versorgung ist. Intensivierung der Schmerz- und Symptomlinderung kann während der ganzen terminalen Phase erfolgen und/oder kennzeichnet das Ende dieser Phase, wenn sie, unbeabsichtigt, den beschleunigten Todeseintritt zur Folge hat. Gleiches gilt auch für die terminale Sedation, obwohl der beschleunigte Todeseintritt in diesem Falle vorherzusehen ist. Absichtliche, aktive Lebensbeendung, sei es auf ausdrückliches Verlangen oder nicht auf ausdrückliches Verlangen des Patienten, beendet die terminale Phase endgültig.

Dimensionen von Entscheidungen zur Lebensverkürzung

Obwohl alle medizinischen Entscheidungen zur Lebensverkürzung den Tod potentiell beschleunigen, sollten sie aber dennoch nicht ein und derselben Kategorie subsumiert werden. Zum Beispiel ist der Verzicht auf künstliche Hydratation bei einem Patienten in der terminalen Phase von Demenz, der deutlich nicht mehr den Wunsch oder das Bedürfnis hat zu essen oder zu trinken, eine vollkommen andere Entscheidung als die Einwilligung zu einer letalen intravenösen Injektion auf ausdrückliches Verlangen einer jungen Frau mit terminalem Brustkrebs.

Darum ist es bei einem Dialog über Gesetzgebung, Praxis und Forschung hilfreich, wenn ein Konzept für Entscheidungen zur Lebensverkürzung vorliegt.

Medizinische Entscheidungen zur Lebensverkürzung können auf der Basis der folgenden Kriterien eingeteilt werden:

1. Handeln oder Nichthandeln des Arztes
2. Gründe des Arztes zu handeln oder nicht zu handeln
3. Intention des Arztes hinsichtlich der Beschleunigung des Todes
4. Präferenz des Patienten
5. Kompetenz des Patienten, seine spezielle Präferenz zum Ausdruck bringen zu können
6. Die Prognose des Patienten
7. Effekt auf den Patienten bei Handeln oder Nichthandeln

Diese Reihenfolge der Kriterien ist nicht unbedingt hierarchisch. Die Kombination der verschiedenen Dimensionen innerhalb des Arztsystems (1–3), einschließlich Kollegen, Krankenschwestern usw., und innerhalb des Patientensystems (4–7), einschließlich Familie und gesetzliche Vertreter, bestimmt, welche Entscheidungen am Lebensende von Belang sind.

Ein Konzeptionsentwurf für Entscheidungen zur Lebensverkürzung

In Figur 2 ist ein Konzeptionsentwurf für Entscheidungen zur Lebensverkürzung zu sehen.

In der ersten Spalte werden die wichtigsten Kriterien bezogen auf das *Handeln* oder *Nichthandeln* des Arztes gezeigt. Diese bilden den Kernbestand der verschiedenen medizinischen Entscheidungen zur Lebensverkürzung. In der horizontalen Reihe sind die anderen Dimensionen aufgeführt.

Ein *Grund* des Arztes für eine Entscheidung zur Lebensverkürzung kann sein, dass er sich dem Wunsch eines Patienten fügt, der eine lebensverlängernde Behandlung verweigert, oder er ist der Meinung, dass eine (weitere) medizinische Behandlung sinnlos ist. Andere Beweggründe könnten sein, dass der Arzt das Leiden des Patienten vermindern oder beenden möchte, ungeachtet der Tatsache, ob dieses auch auf ausdrückliches Verlangen des Patienten hin geschieht. Der Arzt kann eine Entscheidung zur Lebensverkürzung treffen mit der primären oder sekundären *Intention*, den Todeseintritt zu beschleunigen oder nur Rücksicht auf die Möglichkeit nehmen, dass der Tod schneller eintritt.

Präferenzen des Patienten werden entweder mündlich oder schriftlich zum Ausdruck gebracht (manchmal im Voraus). Der Patient kann eine Behandlung verweigern oder willigt in einen Vorschlag des Arztes ein, auf eine Behandlung zu verzichten oder diese abzubrechen. Ein Arzt kann auch eine Entscheidung zur Lebensverkürzung treffen, ohne Rücksicht auf die Wünsche des Patienten zu nehmen, zum Beispiel wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Wünsche zu äußern oder weil der Arzt eine paternalistische Haltung hat. Nur im Falle eines ärztlich assistierten Suizids, das meint die Verschreibung von letalen Mitteln auf Wunsch des Patienten, ist dies unmöglich.

Kompetenz weist auf die Fähigkeit des Patienten hin, die Situation beurteilen zu können und eine richtige Entscheidung zu treffen. Ist der Patient in diesem Augenblick kompetent, dann gelten seine Wünsche. Ist er zeitweilig inkompetent, zum Beispiel wegen Depressionen oder anderer psychiatrischer Krankheiten, dann wird möglicherweise mit der Behandlung angefangen. Wenn der Patient fortdauernd inkompetent ist, aber das nicht immer war (z. B. wegen eines terminalen (Sub)Komas, einer Demenz, eines andauernden vegetativen Zustandes), dann werden

Patientenverfügungen und/oder ein Stellvertreter herbeigezogen. War der Patient immer inkompetent (z. B. Neugeborene oder schwer geistig Behinderte), spielen die Stellvertreter eine wichtige Rolle, die Interessen des Patienten nach bestem Wissen zu vertreten.

Die *Prognose* des Patienten ist ein wichtiger Ausgangspunkt für Entscheidungen zur Lebensverkürzung. Die Einschätzung der Quantität und Qualität des Lebens beeinflusst die Perspektive des Patienten und die des Arztes. Die Prognose ist besonders wichtig im Hinblick auf die Frage, ob es irgendwo bessere und/oder weniger eingreifende oder weniger schädliche Behandlungsalternativen gibt. Was dabei auch eine Rolle spielt, ist die zugrunde liegende Krankheit (Wird der Patient unvermeidlich sterben? Ist die Krankheit zu behandeln? Ist die Behandlung sinnlos?), die Lebenserwartung (Ist der Tod bevorstehend?) und das Leiden (Ist es unerträglich und/oder hoffnungslos, und inwiefern ist Linderung möglich?).

Und schließlich bestimmt auch der *Effekt* des Handelns oder des Nichthandelns über die Art der medizinischen Entscheidungen zur Lebensverkürzung mit. Diese hat nichts zu tun mit dem beabsichtigten oder auch nur geglaubten Effekt, sondern allein mit dem wirklichen Effekt bzw. mit dem Effekt, der vernünftigerweise (vorzugsweise evidence-based) zu erwarten ist. Die Schlüsselfrage ist, ob die Entscheidungen zur Lebensverkürzung *möglich* (z. B. der Beschluss, eine hohe Dosis Opiate zu verabreichen), *wahrscheinlich* (z. B. der Beschluss, auf künstliche Beatmung zu verzichten) oder *sicher* (z. B. der Beschluss, eine hohe Dosis Potassium-Chloride intravenös zu verabreichen) die Beschleunigung des Todeseintrittes zur Folge haben. Dieser wird auch bedingt durch den klinischen Zustand des Patienten (z. B. ein erwachsener Patient mit Metastasen im Unterschied zu einem prämaturnen Neugeborenen), den Vorzug einer bestimmten Behandlung

(z. B. Chemotherapie gegenüber Dialyse), ebenso wie durch die Dosis und Art und Weise der Verabreichung der Medikamente (z. B. 100 mg gegenüber 1000 mg von Opiaten die oral oder intravenös verabreicht werden).

Zum Schluss

Dieser Konzeptionsentwurf ist hauptsächlich eine Beschreibung. Welche Kriterien am wichtigsten sind in der Klassifikation und Abwägung der Entscheidungen zur Lebensverkürzung, hängt vom jeweiligen Blickfeld ab: dem klinischen, psychologischen, moralischen oder juristischen. Die entscheidenden Faktoren sind meiner Meinung nach: Handeln oder Nichthandeln, die Intention des Arztes und die Präferenz des Patienten. Dazu kommt jedoch noch eine Anzahl modifizierender Faktoren: der Beweggrund des Arztes, die Kompetenz des Patienten (inklusive die Rolle des Stellvertreters im Fall, dass der Patient inkompetent ist), die Prognose und der Effekt des Handelns oder Nichthandelns auf den Patienten.

Grafik – Tabellen

Tabelle 1

INZIDENZ (1995)

Euthanasie auf Verlangen später	34.500
Euthanasie auf Verlangen jetzt	9.700
Haben eingewilligt	37%
Euthanasie	3.200
Ärztlich assistierter Suizid	400
Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen	900

Tabelle 2

**HÄUFIGKEIT :
AUFSCHLÜSSELUNG VON MORTALITÄT (1995)**

Euthanasie	2,4%
Hilfe bei Selbsttötung	0,3%
Lebensbeendendes Handeln nicht auf ausdrückliches Verlangen	0,7%
Intensivierung der Schmerz- und Symptomlinderung	18,5%
Keine Behandlungsentscheidungen	20%
Totale Sterbeziffer	136.000
Grenzgebiet zwischen 1+3 und 4	2%

Tabelle 3

PATIENTENKENNZEICHEN (1995) (%)

	Euthanasie	Alle Sterbefälle
Altersgruppe		
0-49	9	8
50-64	28	12
65-79	43	36
≥ 80	19	44
Todesursachen		
Krebs	80	27
Kardiovaskuläre Krankheiten	3	29
Krankheiten des Nervensystems	4	11
Andere	13	33

Tabelle 4

FOLLOW-UP AUSDRÜCKLICHES VERLANGEN (1995)

	%
Eingewilligt	37
Abgelehnt	27
Natürlicher Tod vor Entschluss	28
Patient änderte seine Meinung	6
Andere Gründe	2

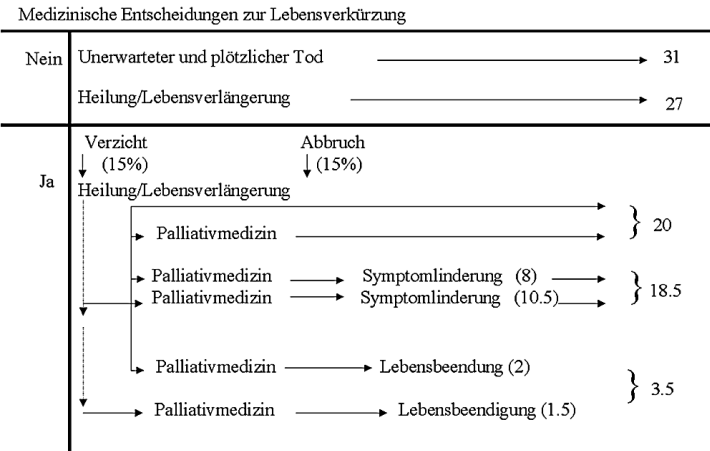
Tabelle 5 **ARTEN VON NICHT- BEHANDLUNGSENTSCHEIDUNGEN
AUFGESCHLÜSSELT NACH HAUS- ODER FACHARZT (%)**

	Total	Hausarzt	Facharzt	Pflegeheimarzt
Künstliche Ernährung/Hydratation	25	22	12	44
Antibiotikum	25	15	21	36
Vasopressoren	11	9	18	5
Andere Medikamente	18	21	14	21
Beatmung	10	1	22	1
Operation	9	5	14	6
Diagnose/Aufnahme	8	13	3	11
Chemotherapie	3	6	4	1
Bluttransfusion	3	4	3	2
Radiotherapie	2	4	2	--
Dialyse	2	1	3	1
Reanimation	2	--	5	--
	118	101	121	128

Figur 1

Das Verhältnis zwischen kurativer (einschließlich lebensverlängernder) Therapie, palliativer Therapie und medizinischer Entscheidungen zur Lebensverkürzung

% †



Figur 2

EIN KONZEPTENTWURF FÜR MEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGEN ZUR
LEBENSVERKÜRZUNG

Arzt		Patient	
Handeln/nicht handeln	Grund - Intention	Präferenz - Kompetenz - Prognose - Wirkung	
<ul style="list-style-type: none"> • Verzicht/Abbruch • Symptomlinderung • Terminale Sedation • Verabreichung von letalen Mitteln • Verschreiben von letalen Mitteln 			

Handeln/nicht handeln	Patient		Kompetenz
	Präferenz		
Verzicht	Weigerung Einwilligung	+/- +/-	Kompetenz oder Inkompetenz - Zeitlich - Früher nicht - Immer gewesen
Abbruch	Weigerung Einwilligung	+/- +/-	id.
Symptomlinderung	Auf Verlangen Einwilligung	+/- +/-	id.
Terminale Sedation	Auf Verlangen Einwilligung Weigerung	+/- +/- +/-	id.
Verabreichung von letalen Mitteln	Auf Verlangen	+/-	Kompetent oder Inkompetent - Früher nicht - Immer gewesen
Verschreiben von letalen Mitteln	Auf Verlangen	+	Kompetent

Handeln/nicht handeln	Patient Prognose	Wirkung
Verzicht	Lebenserwartung + Lebensqualität	Möglich oder Wahrscheinlich oder Sicher
Abbruch	id.	id.
Symptomlinderung	id.	Möglich / Wahrscheinlich
Terminale Sedation	id.	Sicher
Verabreichung letaler Mittel	id.	Sicher
Verschreiben von letalen Mitteln	id.	Wahrscheinlich oder Sicher