

Therapieentscheidungen im Hinblick auf das Lebensende

Bedeutung von Lebensqualität und Ökonomie

In den vergangenen Jahren sind in der Medizinethik viele Themen und Fragen mit Bezug zum Lebensende erörtert worden. Oft wurden in diesem Kontext Sterbehilfe und assistierter Suizid thematisiert. Obwohl diese beiden Themenkomplexe in diesem Beitrag bewusst ausgeklammert werden, sollen sie eingangs kurz Erwähnung finden.

Es existieren unterschiedliche Formen der Sterbehilfe, die hier vereinfacht zusammengestellt sind:

- Eine *aktive Sterbehilfe*, die Tötung auf Verlangen oder auch Euthanasie sind in Deutschland verboten.
- Die *Beihilfe zum Suizid* – das Thema wird seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes im Jahr 2020 intensiv und kontrovers diskutiert – ist hingegen zulässig, sogar geschäftsmäßig. Ein Thema, mit dem sich der Deutsche Bundestag übrigens nach einem gescheiterten Anlauf zu einem regulierenden Gesetz demnächst erneut beschäftigen wird.
- Auch eine *indirekte Sterbehilfe*, so zum Beispiel die Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer palliativen Therapie, ist zulässig.
- Und auch eine *passive Sterbehilfe*, also zum Beispiel das Zulassen von Sterben, der Therapieverzicht, ein Therapieabbruch oder die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, ist zulässig.

All diese Themen sind in der jüngsten Vergangenheit Stoff der Medizinethik und der Rechtsprechung gewesen. Mit diesem Beitrag soll anhand von drei Krankheitsfeldern ein Spannungsfeld beleuchtet werden, das für Neurochirurg:innen immer mehr an Bedeutung gewonnen hat und gewinnen wird.

Auf den Punkt gebracht mündet alles in den Fragen:

- *Lohnt sich das?* Das, was man tun kann, aber nicht tun muss.
- Lohnt sich das (noch) *im Hinblick auf das Lebensende?*
- *Für wen lohnt sich all das?* Für die betroffenen Menschen/Patient:innen, deren Angehörige, die behandelnden Ärzt:innen, die Versichertengemeinschaft, die Allgemeinheit?

Man könnte auch simplifizierend zusammenfassen:

Es geht um eine Nutzen-Risiko-Analyse, also das kleine Einmaleins der Betriebswirtschaft, der Ethik, der Medizin. Die drei Krankheitsfelder sind:

- der schwere Schlaganfall
- das Glioblastom
- und operativ behandelbare Wirbelsäulenerkrankungen.

In allen drei Bereichen fallen Therapieentscheidungen schwer, besonders im Hinblick auf ein baldiges Lebensende. Bevor ins Detail gegangen werden soll, muss der Begriff der *Lebensqualität* etwas ausführlicher beleuchtet werden. Allgemeine Definitionen von Lebensqualität werden bewusst übersprungen.

Die spröde Definition der WHO von 1997 lautet:

Unter Lebensqualität wird ein weitreichendes Konzept verstanden, das vollständig von der körperlichen Gesundheit, dem psychischen Zustand, dem Grad der Unabhängigkeit, den sozialen Beziehungen, den persönlichen Überzeugungen und ihrer Beziehung zu hervorstechenden Merkmalen ihrer Umgebung beeinflusst wird.¹

In der Medizin wird auch von einer Health Related Quality of Life (HRQoL) gesprochen. Sie ist anhand von sehr unterschiedlichen Skalen messbar. Bei Menschen mit nicht heilbaren und fortschreitenden Erkrankungen ist der Erhalt von Lebensqualität ein Gegenkonzept zu einer kurativen oder auf Lebensverlängerung ausgerichteten Therapie. Im Weiteren sollen die drei genannten Krankheitsfelder betrachtet werden.

1 Schwerer Schlaganfall

Ein ischämischer, das heißt unblutiger schwerer Schlaganfall beruht auf dem Verschluss einer größeren Hirnarterie und führt dann zur Hirnschwellung, zum Gewebsuntergang und schließlich zum Tod.

Heute existieren zwei interventionelle Methoden, um diesen Abläufen entgegenzuwirken, die Thrombektomie und die Dekompressionskraniektomie, die Entfernung eines Teils des Schädelsknochens zur Entlastung des schwellenden Gehirns. Beide Methoden senken die Mortalität, nicht unbedingt ist

1 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHOQOL Measuring Quality of Life*, Genf 1997.

aber bei den Überlebenden die Lebensqualität wiederhergestellt, häufig sogar erheblich verschlechtert. Beide Methoden erfordern entweder ein sehr rasches oder aber zumindest recht schnelles Eingreifen und Handeln. Da ist also wenig Zeit zur Abwägung, zur Aufklärung, wenn überhaupt. Idealerweise werden die Patient:innen über die Sinnhaftigkeit, die Prognose, also die zu erwartende Lebensqualität und die Konsequenzen eines solchen Eingriffs aufgeklärt. Wenn sie nicht aufklärbar sind, werden oft stellvertretend die Angehörigen informiert und befragt. Zudem ergeben sich oft unlösbare Dilemmata, besonders bei zum Beispiel onkologisch vorerkrankten, bei betagten, bei dementen Patient:innen. Zugespitzt stellt sich den behandelnden Ärzt:innen die Fragen: Lohnt sich das noch für die Patientin? Wie schätze ich die zu erwartende Lebensqualität ein? Wünscht der Patient sich unter der Annahme eingeschränkter Lebensqualität überhaupt eine interventionelle Therapie?

Inzwischen ist bekannt, dass viele, vielleicht sogar die große Mehrheit derjenigen, bei denen keine Patientenverfügungen vorliegen, mit einem Operieren – auch unter ungünstiger Prognose – retrospektiv einverstanden sind. Ihre später reduzierte Lebensqualität akzeptieren aber keineswegs alle Patient:innen. Wie sehen die ökonomischen Überlegungen zu diesem Themenkomplex aus?

Der Krankenhaus-ökonomische Standpunkt ist klar und eindeutig: Intervenieren, Operieren und Therapieren wird auskömmlich vergütet und sichert die Existenz des medizinischen Personals und der Krankenhäuser. So haben Politiker:innen und Krankenhausökonom:innen über mehr als 20 Jahre problematische Anreize gesetzt. Aktives ärztliches Eingreifen wird also belohnt, während ein eher restriktives Vorgehen sogar bestraft wird. Und wer betrachtet darüber hinaus auch die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem?

Nach diesen kritischen Betrachtungen darf eine Empfehlung ausgesprochen werden: Eine Patientenverfügung ist höchst sinnvoll, wenn man als schwerstkranke Person selbstbestimmt/autonom agieren will. Falls eine solche nicht existiert, setzt man sein Vertrauen auf Partner:innen, Angehörige oder die behandelnden Ärzt:innen.

2 Glioblastom

Das Glioblastom ist ein äußerst bösartiger im Gehirn wachsender Tumor, der immer und oft auch rasch zum Tode führt. Die mittlere Überlebenszeit nach Diagnosestellung beträgt heute unter einer Standardtherapie 18–24 Monate. Die Behandlung beruht auf drei Säulen, einer möglichst weitgehenden

operativen Tumorentfernung, der postoperativen Bestrahlung und einer relativ gut verträglichen Chemotherapie.

Anders als beim Schlaganfall kann nach Diagnosestellung eine wohl überlegte, abgewogene Therapie und das Therapieziel mit den Patient:innen und den Angehörigen besprochen und beraten werden, also auch der Einfluss des Alters, von Begleiterkrankungen und eventuell der besondere Wunsch nach unbedingtem Erhalt von neurologischer Funktion und Lebensqualität.

Genau dies hat sich die Neurochirurgie bereits seit vielen Jahren zum Ziel gesetzt, einerseits eine möglichst weitgehende Tumorentfernung, andererseits die maximale Schonung von Funktionen des Gehirns. Beim Einsatz aller dafür zur Verfügung stehenden technologischen Möglichkeiten ist eine solcher Eingriff sehr kostenintensiv.

In den allermeisten Fällen stellt sich heutzutage bei der ersten Diagnosestellung die Frage nach dem »Lohnt sich das noch?« nicht. Diese Frage stellt sich aber nach dem Ausschöpfen der Standardtherapie (Operation, Radiatio und Chemotherapie) oft sehr bald. Bei dem dann zwangsläufig auftretenden Rezidiv geht es dann um die Frage nach Reoperation, gezielter Boostbestrahlung oder erneuter, evtl. gezielterer Chemotherapie. Die zu erreichende Lebensverlängerung liegt zwischen zehn und zwölf Monaten, im günstigen Fall!

Und wie wird die zu erwartende Lebensqualität eingeschätzt? Diese Frage kann nur individuell beantwortet werden. Daher bedarf es intensiver Gespräche. Angesichts einer so kurzen vielleicht zu gewinnenden Lebensspanne sollte die Frage nach einer sinnhaften Gestaltung derselben ebenfalls gestellt werden. Und genau hier spannt sich eine Brücke zur Seelsorge.

Die ökonomische Frage ist wiederum schnell zu beantworten: Für die behandelnden Ärzt:innen lohnt die Therapie eines Tumor-Rezidivs immer, für die Krankenhäuser auch fast immer. Vom Gesundheitssystem allerdings werden enorme Ressourcen für eine recht geringe Lebenszeitverlängerung eingesetzt. Es stellt sich also die Frage: Kann und will sich unser Sozialsystem solche Therapien leisten?

3 Operativ behandelbare Wirbelsäulenerkrankungen

Beim dritten Krankheitsthema, den operativ behandelbaren Wirbelsäulenerkrankungen, geht es nie um Leben oder Sterben, auch nicht um Lebenszeitverlängerung, sondern fast immer um eine Verbesserung der Lebensqualität und im höheren Lebensalter um die Frage, wie viel Risiko eingegangen werden soll, um die individuelle Lebensqualität zu erhalten, vielleicht sogar nur ein wenig zu verbessern.

Die exemplarische WS-Erkrankung ist die *Spinalkanalstenose*. Sie führt zur Einschränkung der Mobilität und zu Schmerzen. Die beschwerdefreie Gehstrecke wird zunehmend kürzer. Das Spektrum möglicher operativer Eingriffe ist breit, von minimal bis zu extrem invasiv. An dieser Stelle entwickelt sich ein Spannungsfeld für therapeutische Entscheidungen: Auf der einen Seite verbieten sich im hohen Lebensalter risikoreiche große chirurgische Eingriffe, die aber zum Teil sehr gut vergütet werden und daher für Ärzt:innen und Krankenhäuser lohnend sind, auf der anderen Seite sind kleine, wenig invasive Operationen zwar ›schonend‹ und weniger risikoreich, aber eben auch weniger nachhaltig. Und sie rufen nach mehrmaligen Eingriffen. Erst einmal minimal beginnen und dann Schritt für Schritt steigern, ist ebenfalls höchst lukrativ.

An dieser Stelle können viele Beispiele angeführt werden, die sowohl für das eine als auch für das andere Vorgehen sprechen. Das macht die therapeutische Entscheidungsfindung gerade im höchsten Lebensalter so schwierig. Was lohnt sich für die betagten Patient:innen angesichts einer immer kürzer werdenden Lebenserwartung, welches Operationsverfahren, eventuell in welcher Reihenfolge? Aber worin liegt das besondere Spannungsfeld an diesen Abwägungen?

In den vergangenen zwei Jahrzehnten sind Ärzt:innen, insbesondere Neurochirurg:innen und Orthopäd:innen, geradezu dazu verführt worden, möglichst viele solcher Operationen durchzuführen, verführt vom Vergütungs- und Finanzierungssystem, von den Krankenhäusern und ihren kaufmännischen Direktor:innen. Masse war statt Klasse gefragt, Masse statt maßgeschneiderter, individueller Therapie. Dieses Vorgehen wurde und wird nicht nur mit lukrativen Gehältern und Boni belohnt, sondern ermöglicht selbst unrentablen Krankenhäusern, sich auf diesem Wege auskömmlich zu finanzieren. Leider ist das immer noch so, selbst in renommierten Institutionen.

Und wo ist der Ausweg aus diesem Dilemma, sei es für Patient:innen, insbesondere hochbetagte, sei es für Ärzt:innen?

Noch einmal seien Empfehlungen ausgesprochen, für Patient:innen und junge Ärzt:innen: Man suche eine:n vertrauenswürdige:n Ärzt:in, wenn möglich eine:n Operateur:in. Zugegebenermaßen ist das schwierig. Vorsicht ist im Übrigen bei allen Ärzt:innen geboten, denn sie profitieren immer! Hilfreich ist eine zweite Meinung, also eine weitere ärztliche Beurteilung. Physiotherapie hilft in der Regel eher wenig, Akupunktur gar nicht, Medikamente helfen nur eingeschränkt und auch nur vorübergehend.

Die Empfehlung für junge Ärzt:innen: Sie müssen versuchen, ihren Idealismus zu bewahren, individual- und sozialetisch zu entscheiden und zu agieren sowie das Wohl der Patient:innen über das eigene zu stellen. Sie sollten sich Mentor:innen und Vorbilder suchen, die ihnen diesen Weg aufzeigen.

4 Schlussbetrachtungen

Das Feld der Therapieentscheidungen im höheren Lebensalter ist komplex. Man könnte pointiert formulieren: Es ist ein Sumpf und es gibt keinen festen Boden unter den Füßen. Was bedeutet die hippokratische Formel *salus aegroti suprema lex* im Hinblick auf das nahe Lebensende? Doch am ehesten, dass die Lebensqualität Priorität besitzt.

Was bedeutet das bereits antike Prinzip *primum nil nocere, secundum cavere (tertium sanare)* für jede chirurgische Maßnahme im Hinblick auf das nahe Lebensende? Doch am ehesten, dass die Risiken und Komplikationsmöglichkeiten jeglicher Chirurgie den betagten Patient:innen aufrichtig und umfassend geschildert werden müssen, damit Betroffene möglichst autonom entscheiden können. Dies sollte von Chirurg:innen getan werden, denen die aktuellen Techniken und diesbezüglichen Daten bestens bekannt sind, die *up to date* sind.

Die Konsequenzen, die sich daraus ergeben müssten, liegen auf der Hand: Aus- und Weiterbildung, besonders in chirurgischen Disziplinen, müssen mehr Wert auf die Betrachtung der Lebensqualität legen. Neben dem Kennen und Beherrschen der adäquaten Operationsverfahren sollte aber auch das Bewusstsein der ökonomischen Rahmenbedingungen gestärkt werden.

Ganz zum Schluss ein vielleicht etwas ernüchterndes Resümee:

Auch Therapieentscheidungen im Hinblick auf das Lebensende haben gewichtige ökonomische Konsequenzen, am wenigsten für die betroffenen Patient:innen, mit Sicherheit aber für die Behandelnden, die Krankenhäuser und letztendlich für unser gesamtes Gesundheitssystem. Das sollte man vor Augen haben.

Lieber Klaus, was ich Dir heute besonders wünsche:
Bleib gesund und munter, von Krankheiten verschont.
Und für die hoffentlich vielen weiteren Jahre sei Dir,
sei uns allen eine hohe Lebensqualität vergönnt,
vielleicht sogar ohne operative Eingriffe.