
SCHWERPUNKT *LEBENSQUALITÄT* – *BEHANDLUNGSABBRUCH*

Grenzen des ärztlichen Heilauftrages Überlegungen zum Behandlungsverzicht

Johannes BONELLI

ZUSAMMENFASSUNG

In der öffentlichen Meinung wird zunehmend die gesetzliche Freigabe der Euthanasie unter gewissen Umständen gefordert. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß die heutige Medizin in den Menschen Hoffnungen erweckt, die in Wirklichkeit nicht erfüllt werden können. Der Auftrag an den Arzt besteht seit jeher nicht nur in der unbedingten Heilung, sondern immer auch in der Linderung und Tröstung. Wenn eine Behandlung sinnlos ist, weil keine Chance auf Heilung besteht, wenn ein Patient im Sterben liegt oder aber wenn der therapeutische Aufwand in keinem Verhältnis zum erwartbaren Erfolg steht, so ist die Beendigung einer kurativen Therapie zu rechtfertigen und darüberhinaus geboten.

Schlüsselwörter: Aktivismus, Behandlungsabbruch, Kriterien, Palliation

ABSTRACT

Public Opinion is increasingly requesting the legalization of euthanasia in certain circumstances. This is partly due to the fact that today's medicine has awakened hopes in individuals which can in reality not be fulfilled. The mandate of the physician has always been not only in absolute healing but also always in alleviating and consoling. When treatment becomes senseless because there is no chance of healment, when a patient is dying, or if the expence of therapy is out of relationship to the success to be expected, then an end to the curative therapy is not only justifiable but also necessary.

keywords: activism, end of treatment, criterion, palliation

DER bekannte Medizinethiker Gonzalo HERRANZ meinte vor kurzem, daß „das gesamte Schicksal der Medizin von der Fähigkeit der Ärzte abhängen wird, Kurs zu halten zwischen den trügerischen Klippen der Euthanasie einerseits und dem anderen Extrem, nämlich den bewußt unnützen Behandlungseingriffen andererseits“.¹

Zunächst einmal muß man feststellen, daß auch von Medizinern zunehmend die gesetzliche Freigabe der Euthanasie unter gewissen Umständen gefordert wird. Die medizinwissenschaftlichen Top-Zeitschriften sind voll von einschlägigen Artikeln zu diesem Thema.

Es gibt sicher eine ganze Reihe von Gründen für das Aufflackern dieser Euthanasiedebatte heute.

Ich möchte hier, entsprechend meinem Thema, nur einen Aspekt herausgreifen:

Ist es nicht so, daß die heutige Medizin in den Menschen Hoffnungen erweckt, die sie in Wirklichkeit gar nicht erfüllen kann? So hat die WHO die vollständige Ausrottung aller Krankheiten und die Überwindung des Todes für alle Menschen als das erklärte Ziel der Medizin proklamiert. Eine medizinische Wissenschaft, die in die eigene Macht über die Natur ein solches Vertrauen setzt und derartige Hoffnungen schürt, darf sich nicht wundern, wenn ein Mensch angesichts einer unheilbaren Krankheit in Verzweiflung gerät, und wenn der eine oder andere das versprochene Ziel, nämlich die vollständige Herrschaft über Krankheit und Tod doch noch zu erzwingen sucht, wenn auch nur mehr – so paradox es klingt – um den Preis des eigenen Lebens mit Hilfe der Euthanasie. Ich darf bemerken, daß der Gedanke, Krankheiten auszurotten, indem man den Kranken selbst eliminiert (also Heilen durch Töten) tiefer verwurzelt ist, als wir das vielleicht wahrhaben möchten. Als Beispiel sei die heute übliche Praxis der pränatalen Diagnostik erwähnt, wo beim Nachweis einer Erbkrankheit anschließend fast schon automatisch eine Abtreibung vorgenommen wird.²

Von alters her hat die Medizin freilich ihren Auftrag nie nur in der unbedingten Heilung, sondern immer auch in der Linderung und Tröstung gesehen.³ Insofern kommt für uns Ärzte ein Behandlungsabbruch im strengen Sinn ohnehin nicht in Frage und wir sollten uns ernstlich gegen die Verwendung dieses Begriffes wehren.

Von der Tröstung will ich hier nicht viel sprechen; aber vielleicht sollte doch gesagt werden, daß ihre Kunst darin besteht, den Patienten einerseits niemals ohne Hoffnung alleine zu lassen, ohne aber auf der anderen Seite durch sinnlosen Aktivismus und Täuschung falsche Hoffnungen zu erwecken, um so den Patienten über den Tod gleichsam hinwegzutäuschen.

Das Gebot der Stunde scheint zu sein, daß der Arzt rechtzeitig erkennt, wann sein Auftrag zu heilen endet, nicht aber um dann die Flucht zu ergreifen, sondern um sich in angemessener Weise der Linderung, also der Palliation zuzuwenden.

Grundsätzlich kann gesagt werden, daß die Beendigung einer kurativen Therapie unter drei Bedingungen gerechtfertigt oder eigentlich sogar zu fordern ist.

- 1) Wenn die Behandlung sinnlos ist: und damit ist gemeint, daß durch sie weder eine echte Chance auf Heilung, noch auf Lebensverlängerung besteht
- 2) Wenn der Aufwand in keinem Verhältnis zum erwartbaren Erfolg steht (Prinzip Verhältnismäßigkeit)
- 3) Wenn der Patient im Sterben liegt, das heißt wenn der Tod unmittelbar und unausweichlich bevorsteht und jede Lebensverlängerung eigentlich eine Verlängerung des Sterbeprozesses bedeutet.

Im letzten Fall würde ich meinen, tun wir Ärzte uns relativ noch am leichtesten, wobei hier die Erfahrung und die Unmittelbarkeit des Geschehens eine wesentliche Rolle spielen.

Anders liegen die Verhältnisse bei den beiden anderen Bedingungen. Ich fürchte, daß heute eine ganze Reihe von therapeutischen und dia-

gnostischen Maßnahmen am Patienten durchgeführt werden, die auf Heilung oder Lebensverlängerung ausgerichtet, in Wirklichkeit aber gar nicht mehr zielführend sind, oder zumindest in keinem Verhältnis mehr zum erwartbaren Erfolg stehen, wobei dies meist weder dem Arzt noch dem Patienten so richtig bewußt ist.

Die medizinische Wissenschaft hat sich mit den Grenzen der kurativen Medizin und den Kriterien, die diese Grenzen abstecken, relativ wenig beschäftigt. Es dürfte nicht sein, daß Entscheidungen über die Durchführung oder Beendigung einer Therapie ziemlich willkürlich oder gefühlsmäßig getroffen werden müssen, oft auf Drängen der Patienten oder ihrer Angehörigen zu deren Beruhigung, auf Druck von außen, durch die Medien z.B. oder weil eine Selbsthilfegruppe eine bestimmte Therapie einfordert, ohne daß dafür wissenschaftlich gesicherte und nachvollziehbare Daten vorliegen, die die Sinnhaftigkeit oder Verhältnismäßigkeit einer Therapie für den konkreten Fall beurteilen lassen.

Es kann auch nicht sein, daß die zunehmende Spezialisierung dazu führt, daß der behandelnde Arzt bzw. der Hausarzt, der den Patienten als ganzen vor sich hat und nicht nur als Tumor oder Coronararterie, zum Erfüllungshelfen von undurchschaubaren Spezialistenvorschriften degradiert wird.

Auf den ersten Blick scheinen solche Forderungen unrealistisch, ich denke aber doch, daß ein gangbarer Weg gesucht werden sollte.

Dazu kurz einige provokante Anstöße:

Zunächst ein nicht untypischer Fall aus dem medizinischen Alltag: eine 73-Jahre alte Patientin kommt zur Durchuntersuchung wegen Gewichtabnahme ins Krankenhaus. Sie hat sonst keine wesentlichen Beschwerden. Im Ultraschall findet man einen Pankreastumor, der in die Leberpforte einwächst. Die Leber ist mit Tumormetastasen durchsetzt. In Anbetracht des noch guten Allgemeinzustandes der Patientin werden nach einem onkologischen Konsilium palliative Maßnahmen je nach Beschwerde-

bild vorgeschlagen und den Angehörigen angeboten, die Patientin vorerst nach Hause zu nehmen und eventuell eine Iscatorkur (wenn auch nur als Placeboeffekt) einzuleiten. Am Tag nach dem Gespräch erscheinen die Angehörigen neuerlich ziemlich erbost beim stationsleitenden Oberarzt. Sie seien bei einem anderen Onkologen gewesen. Dieser sei der Meinung, die Mutter hätte seiner Erfahrung nach sehr wohl noch eine „Chance“, ein Bett auf seiner Abteilung stehe bereit, und es erfolgte noch am selben Tag die Transferierung. Dort erhält die Patientin einen Leberarterienkatheter und es werden diverse Chemotherapeutika infundiert. Dabei treten eine ganze Reihe von Komplikationen auf und die Patientin stirbt letztlich nach zwei Monaten Krankenhausaufenthalt, ohne je wieder zu Hause gewesen zu sein.

Anhand dieses Falles lassen sich einige prinzipielle Forderungen für unsere Fragestellung ableiten:

- 1) Es scheint dringend an der Zeit, daß der Dialog zwischen den Ärzten und besonders zwischen Spezialisten und behandelnden Ärzten gerade in so kritischen Situationen wieder mehr gepflegt wird.
- 2) Behandlungsempfehlungen aufgrund von statistischen Daten oder sonstigen Überlegungen, wie dies heute vielfach üblich ist, ohne einen Patienten überhaupt gesehen oder sich zumindest mit dem behandelnden Arzt in Verbindung gesetzt zu haben, sind besser zu unterlassen.
- 3) Es scheint sehr gefährlich, aufgrund von fragwürdigen Einzelbeobachtungen dem Patienten Hoffnung auf Heilung oder Lebensverlängerung zu machen; denn angesichts des Todes ist jeder Patient zu jeder Art von Therapie bereit.
- 4) Statistische Daten sollten von den diversen Verantwortlichen so vorgelegt werden, daß daraus nicht nur Signifikanzen, sondern auch deren Relevanz abgelesen werden kann. Remissionsraten z.B., die zu keiner Lebensverlängerung führen und daher bestenfalls

palliativ wirken können, sollten als solche ausgewiesen werden.⁴ Keinesfalls sollte man lediglich Tumorzellen behandeln, zum *Schaden* der Patienten, wie im vorliegenden Fall.

- 5) Auch die sogenannten echten kurativen Maßnahmen sollten in ihrer Aussagekraft exakt präzisiert bzw. in ihrem wahren Ausmaß quantitativ ausgewiesen werden. Der lapidare Hinweis, der Patient „hätte eine Chance, die ihm gegeben werden soll“, wie dies häufig geschieht (auch im geschilderten Fall), reicht meiner Meinung nach nicht aus, um eine aufwendige und für den Patienten belastende Therapie einzuleiten. Es ist z.B. ein Unterschied, ob eine echte Chance auf Heilung besteht oder ob der Patient vielleicht einige Jahre, vielleicht nur Monate, Wochen, oder in Wirklichkeit gar nichts gewinnt.

Dazu ein anderes Beispiel: In der Zeitschrift „Lancet“⁵ wird aufgrund einer Metaanalyse bei Patienten mit nicht mehr operablem, nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom eine Chemotherapie empfohlen. Schaut man sich die Daten dieser Studie genauer an, so zeigt sich, daß die Grundlage für die Therapieempfehlung darauf beruht, daß die Mortalität drei und sechs Monate nach Therapiebeginn, zwar signifikant reduziert werden konnte, doch bereits nach neun Monaten war dieser Unterschied wieder ausgeglichen. Mit anderen Worten, im Durchschnitt starben nach neun Monaten gleich viele Patienten, unabhängig davon, ob sie behandelt wurden oder nicht. Dabei liegt die mittlere Überlebenszeit solcher Patienten ohnehin nur bei ca. 12 Monaten, d.h. im Durchschnitt sterben *alle* Patienten nach einem Jahr. Hier stellt sich in der Tat die Frage der Verhältnismäßigkeit; und zwar nicht nur in bezug auf das Ungemach, das man diesen Patienten noch in ihren letzten Lebenstagen zumutet, sondern auch in bezug auf den Einsatz von Personal und Kosten, die hier für einen mehr als fraglichen Erfolg initiiert werden.

- 6) Weiters wäre zu prüfen, ob eine ins Auge gefaßte Therapie bei dem jeweiligen Patienten überhaupt noch zum Tragen kommen kann: es gibt Behandlungsstrategien – und zwar auf allen Gebieten der Medizin – die sich erst nach mehreren Jahren z.B. auf die Überlebensrate signifikant auswirken, während anfangs noch keine Unterschiede zu erwarten, bzw. zu erkennen sind (meist handelt es sich dabei um präventive Maßnahmen). Auch zu dieser Frage müßten klare Aussagen verlangt werden. Denn bei der Entscheidung, ob jemand eine Behandlung bekommen soll oder nicht, muß ja auch die jeweilige Lebenserwartung des einzelnen Patienten als solche mitberücksichtigt werden. Wenn diese niedriger ist als die Zeitspanne, in der eine ins Auge gefaßte Therapie überhaupt wirksam werden kann, dann ist ein solcher Therapieansatz sinnlos. Einen 80-Jährigen, um ein banales Beispiel zu sagen, mit dem Cholesterinspiegel zu quälen ist ziemlich unsinnig.⁶

Ich rede hier nicht einem sogenannten „Ageing“ das Wort, aber einer möglichst exakten Abschätzung der Prognose bzw. Lebenserwartung eines Patienten vor Einleitung einer Therapie; und da spielt das Alter sehr wohl eine Rolle. Es ist z.B. durch Studien belegt, daß alte Krebspatienten in den allermeisten Fällen aus ganz anderen Ursachen sterben und nicht an ihrer Krebserkrankung. Deshalb wird man eine einschneidende Therapie oder riskante Operation bei älteren Patienten viel kritischer beurteilen müssen als bei einem jugendlichen Menschen. Aber auch dazu fehlen großteils die Daten.

- 7) Auch die Angaben über sogenannte Ansprechraten bzw. Überlebens- oder Rezidivraten sollten genauer präzisiert werden, denn hier können die tatsächlichen Verhältnisse in mehrfacher Hinsicht verschleiert werden. Ich nehme als Beispiel die adjuvante Therapie des Mammakarzinoms mit Tamoxifen bei unter 50-Jährigen.⁷ Sicher hat die moder-

ne Onkologie in den letzten Jahren gerade hier viel geleistet. Dennoch sollte man sich hüten, einen überzogenen Optimismus an den Tag zu legen, denn sonst ist nachher die Enttäuschung umso größer. Es heißt, die Verbesserung der Todesrate mit Tamoxifen beträgt signifikant 6%. Das klingt ganz gut. Man könnte meinen, daß von 100 behandelten Frauen 6 profitieren. In Wirklichkeit beziehen sich die 6% auf die Sterberate (d.h. auf 30 von 100) und nicht auf alle behandelten Fälle. Dies bedeutet, daß von 100 Frauen nur 1,8% profitieren, während 98,2% umsonst behandelt werden. Dabei ist nicht ersichtlich, worin der Profit nun eigentlich besteht. Der Terminus Überlebensrate suggeriert eine dauerhafte Lebensrettung im Sinne einer echten Heilung, wovon ja keine Rede sein kann. Vielleicht werden 1 – 2 Jahre gewonnen. Beim Mammakarzinom ist es im Einzelfall sicher gleichgültig, ob die Patientin nun Nolvadex umsonst einnimmt oder nicht. Meistens wird dieses Medikament ganz gut vertragen. Aber das ist nicht immer so: In einer derzeit laufenden Studie über die adjuvante Chemotherapie des Dickdarmkarzinoms bekommt die eine Gruppe der Patienten nur 5-Fluourazil alle 4 Wochen, die andere zusätzlich 3 mal pro Woche Interferon. Für Patienten, die diese Kombination erhalten, ist die Behandlung wegen der erheblichen Nebenwirkungen derart belastend, daß sie praktisch mit einem Jahr Berufsunfähigkeit rechnen müssen. Wenn ein solcher Patient darüber informiert wird, daß die zusätzliche Gabe von Interferon nach den derzeit vorliegenden Daten mit höchster Wahrscheinlichkeit keinen Gewinn⁸ bringt, und daß ein Patient, sollte er entgegen allen Erwartungen dennoch profitieren, sicher nicht geheilt wird, sondern möglicherweise gerade nur das Jahr gewinnt, das er vorher im Zuge der Therapie verloren hat, dann wird die Entscheidung für oder gegen eine Interferontherapie nach Abwägung

aller anderen persönlichen Umstände und Faktoren (z.B. Berufsausfall) vielleicht anders ausfallen als wenn er nach Schema F fast automatisch in eine Studie eingeschleust wird, vielleicht nur mit der lapidaren Information: er hätte dadurch mehr Chancen (laut Patienteninformation), ohne auf die damit verbundenen Konsequenzen zu verweisen.

- 8) Zur Beurteilung der Verhältnismäßigkeit müßte nicht nur der Nutzen, sondern auch das *Risiko* einer bestimmten Maßnahme genau abgeschätzt und auch offengelegt werden. Vor kurzem wurde eine derart aggressive präoperative, also neoadjuvante Chemotherapie beim großzelligen Bronchuskarzinom vorgestellt, daß deren Mortalitätsrisiko 15% beträgt, während der Gewinn äußerst fraglich erscheint.

Herztransplantationen werden offiziell bis zum 70. Lebensjahr durchgeführt. Das Risiko, die Operation nicht zu überleben, steigt allerdings mit zunehmendem Alter drastisch. Davon hört man leider nichts, wenn die diversen Paradedepatienten in den Medien vorgeführt werden. Überhaupt bergen Medienauftritte erheblich die Gefahr in sich, falsche Hoffnungen in der Bevölkerung zu wecken, die dann im klinischen Alltag nur mit größter Mühe wieder ausgeräumt werden können.

- 9) Letztlich werden wir uns auf längere Sicht auch über die Verhältnismäßigkeit der Kosten Gedanken machen müssen, wenngleich es sich hier wahrscheinlich um das schwierigste und heikelste Thema handelt. Als Beispiel führe ich nur eine Kostenrechnung für die erwähnte adjuvante Therapie des Mammakarzinoms mit Tamoxifen an: Dabei ergeben sich aus der Tatsache, daß nur 1,8% der behandelten Patienten profitieren – wobei wie gesagt nicht klar ausweisbar ist, worin der Profit besteht – (ein bis zwei Jahre?) alleine Medikamentenkosten von öS 2,3 Millionen für einen positiven Fall. Weiters verweise ich auf die heute üblichen aufwendi-

gen Nachsorgeuntersuchungen mit CT, Knochenscan, Mammographie, Endoskopie, Tumormarkern, auf die Hysterie um die Osteoporoseprophylaxe mit Hormonen, die Herzinfarktprophylaxe mit Beta-Blockern und ACE-Hemmern. All das geht in die Milliarden und wird – unterstützt durch eine entsprechende Medienpropaganda – wie selbstverständlich eingefordert.

Ich glaube kaum, daß uns Ärzten und schon gar nicht den Patienten bewußt ist, welche Beträge heute für Behandlungen aufgewendet werden müssen, deren Erfolg verhältnismäßig bescheiden, ja sogar fraglich ist.

Zusammenfassend möchte ich den eingangs zitierten Satz von Herranz abwandeln und sagen, daß das Schicksal der Medizin von der Fähigkeit der Ärzte abhängen wird, die trügerischen Klippen einer überzogenen Kurativmedizin rechtzeitig zu erkennen, um sich der Palliativmedizin zuzuwenden, die nicht mehr auf Heilung oder Lebensverlängerung, dafür umso intensiver auf Linderung und Begleitung ausgerichtet ist.

Um sinnlosen Aktivismus oder vorschnelle Resignation, aber auch die sinnlose Verschwendung von Geldmitteln zu verhindern, genügt es nicht, daß jeder Arzt gleichsam sein eigenes Süppchen kocht (nach dem Motto: ich lege mir hier meine eigenen Prinzipien zu recht) – sonst bleibt der *Patient* auf der Strecke, wie in dem geschilderten Fall – sondern es müßten naturwissenschaftlich abgesicherte Daten nach ganz bestimmten Kriterien eingefordert bzw. erarbeitet werden, die es ermöglichen, die Grenzen einer bestimmten Therapie

möglichst exakt abzustecken. Eine Entscheidung für oder gegen eine Behandlung muß so transparent und nachvollziehbar sein, daß wir Ärzte – zum Wohle unserer Patienten – auch in diesen schwierigen und heiklen Fragen wieder eine gemeinsame Sprache finden. Dies setzt allerdings voraus, daß auch unsere Patienten wieder bereit sind, die Wirklichkeit eines zu Ende gehenden Lebens anzunehmen, sodaß wir nicht Heilung vortäuschen müssen, wo nur Palliation geleistet werden kann.

Referenzen

1. HERRANZ G., „Euthanasie – Gebote und Verbote der Sterbehilfe“ in „Menschlichkeit in der Medizin“, Hans THOMAS (Hg.), Verlag Busse Seewald GmbH, Herford, (1993), S 221ff
2. POPOV C., „Ethische Fragen in der Neonatologie“, Wiener klinische Wochenschrift, (1996), 106/3:53-58
3. TORELLO J.B., „Saluti et solatio aegrorum. Über die Tröstung des Kranken in der heutigen Medizin“ in „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, J.BONELLI (Hrsg.), Springer Verlag, Wien – New-York, (1992), S 229ff
4. RADERER M., SCHEITHAUER W., „Treatment of colorectal cancer with 5-fluorouracil and interferon-a“, Eurocancer, 1995
5. SOUQUET P.J. et al, „Polychemotherapy in advanced non small cell lung cancer: a meta-analysis“, The Lancet, (1993), Vol.342, July 3, S 19ff
6. PEDERSEN T.R., „Lowering Cholesterol with drugs and diet“, The new England Journal of Medicine, Vol.333, No.20, Nov.16, 1995, S 1350f
7. HARRIS J.R. et al, „Breast cancer“, The new England Journal of Medicine, Vol.337, No.5, 1992
8. RECCHIA F., NUZZO A., LOMBARDO M. al, 5-fluorouracil (5FU) and high dose folinic acid (HDFA) chemotherapy (CT) with or without alfa 2b interferon (IFN) in advanced colorectal cancer (ACC). Preliminary report of a randomized trial. Proc Am Soc Clin Oncol 1992; 11:162 (abstract)