

**Zeitschrift:** Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** 4 (1999)

**Heft:** 4

**Artikel:** Terminalstadium : Definitionen und Prognosestellung als Voraussetzung für palliative Therapieentscheide

**Autor:** Stoutz, Noémi de

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091598>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 24.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Seit 1975 ist in der Betäubungsmittelverordnung (BetmV) das Opiat Diamorphin (Diazetylmorphin, oder Heroin) als verbotene Substanz aufgeführt mit der einen möglichen Ausnahme, dass es für wissenschaftliche Forschung, zu Bekämpfungsmassnahmen oder für eine beschränkte medizinische Anwendung eingesetzt werden dürfe (Art. 8, Abs 5). Diese Ausnahme hatte die damalige Nationalrätin Josi Meier beantragt, weil «Heroin in den sogenannten Sterbekliniken etwa in London seit Jahren mit eindrücklichem Erfolg eingesetzt» werde. «So ungünstig die nachteiligen Wirkungen von Heroin seien, so wenig würden sie bei den terminalen Krebspatienten in Betracht fallen» (1). Das Argument war also, das schweizer Betäubungsmittelgesetz dürfe nicht den Gebrauch von Substanzen verbieten, die eines Tages zu Eckpfeilern der Schmerztherapie werden könnten.

Von dieser Ausnahme wurde nur teilweise Gebrauch gemacht (Bekämpfungsmassnahmen mit Spürhunden, Heroinversuche bei Abhängigen) und es wurden nie Richtlinien ausgearbeitet, wie eine Ausnahmegewilligung zur medizinischen Anwendung erhalten werden könnte.

Versuche der Drogensubstitution durch Heroin haben also stattgefunden, diese Indikation wurde in einer Volksabstimmung für zulässig erklärt, aber für die Schmerztherapie steht noch immer kein Diamorphin zur Verfügung.

Noémi D. de Stoutz \*

## Terminalstadium: Definitionen und Prognosestellung als Voraussetzung für palliative Therapieentscheide

1998 hat ein Arzt die Diskussion neu aufs Tapet gebracht, indem er verlangte, zwei heroinsüchtige terminale AIDS-Patienten Zuhause mit Heroin versorgen zu können, also ausserhalb der streng geregelten Substitutionsprogramme mit ihren geographischen Auflagen und psychosozialen Begleitmassnahmen. Es kam zu einem Bundesgerichtsentscheid, der in erfreulich klarer Weise die Probleme der Drogensubstitution und der Schmerztherapie trennte. Insbesondere stellt das Bun-

\*Dr. med. Noémi D. de Stoutz, Sion

desgericht fest, die Praxis des zuständigen Departementes werde im Einzelnen festlegen müssen, welches die Voraussetzungen für eine Bewilligung der Heroinverschreibung seien. Es müsste sich um fallbezogene Bewilligungen handeln unter strengen fachmedizinischen Voraussetzungen. Es sei aber unter dem Blickwinkel der Rechtsgleichheit nicht nachvollziehbar, wenn die Heroinabgabe auf terminale Krebspatienten (wie man es aus Josi Meiers Ausführungen von 1975 vielleicht ableiten könnte), unter Ausschluss z.B. von AIDS-Patienten beschränkt würde. Heroin solle als Linderungsmittel an unheilbar und hoffnungslos Kranke abgegeben werden, damit diesen die letzten Monate oder Wochen ihres Lebens etwas menschenwürdiger gestaltet werden könnten.

Damit stellt sich die Frage, wie das Terminalstadium zu definieren wäre. Dieser Artikel geht auf jene Definitionen ein, die in der Fachliteratur zu finden sind und untersucht, bei welchen Krankheiten eine Prognose mit welcher Genauigkeit gestellt werden kann.

### 1. Definitionen aus der Palliativmedizin

In ihrer Definition der Palliativmedizin beschrieb die WHO 1990 die anvisierte Patientenpopulation folgendermassen: «... Patienten, deren Krankheit nicht auf kurative Therapie anspricht» (2). Das Terminalstadium wird also negativ definiert wobei offen bleibt, was unter «kurativ» zu verstehen sei: nur Behandlungen, die zur Heilung führen können, oder auch jene, die lebensverlängernd und gewissermassen «chronifizierend» wirken?

C.M. Parkes definiert «aktive Behandlung» von Krebspatienten als die Behandlung, die primär Lebensverlängerung zum Ziel hat, und als «terminale Behandlung» jene, die zwischen dem Ende der aktiven Behandlung und dem Tod angewendet wird. Wenn ein Patient nur noch wenige Monate zu leben hätte, sein Tumor aber noch auf die tumorhemmende Therapie anspricht, würde man noch von aktiver Behandlung sprechen. (3).

Die epidemiologische Untersuchung von McCusker (3) geht von einigen Kriterien aus, die zur Diagnose des Terminalstadiums notwendig sind:

- Es besteht eine gesicherte Diagnose.
- Es bestehen Hinweise auf einen progredienten Verlauf der Krankheit.
- Die zur Verfügung stehenden Therapien gegen die Krankheit wurden voll ausgeschöpft.
- Es ist zu erkennen, dass der Tod nahe ist.

Über die ersten beiden Kriterien sind sich die Autoren einig (3, 4).

Das dritte Kriterium wird darum in Frage gestellt, weil manche Tumortherapien nur zu geringfügiger Tumorreduktion, aber guter Beschwerdelinderung, ohne Lebensverlängerung führen, insbesondere bei älteren Krebspatienten (2, 3).

McCusker (3), definierte in ihrer Studie die Terminalphase als die Zeit vom Ende der lebensverlängernden Bemühungen bis zum Tod. Sie beobachtete, dass 18% der untersuchten Patienten noch bis weit in das Terminalstadium hinein aktive Therapie erhielten, dann aber nicht mit dem Ziel, das Leben zu verlängern, sondern weil die (meist jüngeren) Patienten oder ihre Angehörigen es wünschten, oder weil sie eine winzige Heilungschance nicht verpassen wollten.

Wenn eine Definition des Terminalstadiums aktive Tumortherapie ausschliessen würde, könnten jene Patienten nicht voll von den Möglichkeiten der Palliativmedizin profitieren, die in Phase-I-Studien neue Medikamente erhalten. Gerade in solch einer Situation sind wir aber diesen besonders kooperativen Patienten das Beste schuldig, was wir zu bieten haben.

Die grössten Schwierigkeiten ergeben sich aus dem vierten Kriterium, da es von Intuition, sowie sozialen, kulturellen und psychologischen Faktoren (z.B. Verdrängungsprozesse bei Ärzten) abhängig ist (4, 5). Der Begriff «nahe» ist dehnbare, Patienten und Angehörige erleben ihn mit Sicherheit anders als Pflegende oder Ärzte, und seine Bedeutung wechselt stark je nachdem, wie gut die Symptomkontrolle und wie aufwendig die Pflege ist, aber auch je nachdem, wie klein die Kinder einer Patientin noch sind, oder wie rasch nach der Pensionierung die terminale Krankheit aufgetreten ist.

## 2. Klinische Präsentation des Terminalstadiums

### *Krebs*

Bei Krebspatienten ist es für erfahrene Ärzte relativ einfach, eine recht genaue Prognose zu stellen. Exzessiver Optimismus ist aber bei Onkologen die Regel (6).

Die prognostischen Faktoren ändern sich im Lauf der Zeit beim einzelnen Patienten.

In frühen Tumorstadien sind wegen der Wachstumsdynamik und der Ansprechrate des Tumors auf Therapien, der Tumortyp und das Alter des Patienten zu berücksichtigen. Nachdem einige Tumortherapien durchgeführt wurden ist mit einer Resistenz der Tumorzellen zu rechnen, sodass weitere Therapien die Prognose zum Teil eher verschlechtern. Wegen der möglichen Organausfälle sind dann Tumorlokalisation und Tumorausdehnung in den lebenswichtigen Organen entscheidend (6). Als wichtigster prognostischer Faktor bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren erweist sich der funktionelle Status (z.B. Karnofsky).

Ein erfahrener Palliativmediziner würde ausserdem mögliche Komplikationen voraussehen, die die Grösseordnung der Prognose stark beeinflussen können. Als Beispiel stelle man sich einen Patienten mit lokal fortgeschrittenem Zungengrundkarzinom vor. Es könnte jederzeit zu einer Karotisruptur kommen, mit Verbluten innert Minuten. Die Schluckstörungen führen mit Sicherheit zur chronischen Aspirationspneumonie, die je nachdem, ob Antibiotika gegeben werden oder nicht, den Tod innert Tagen oder Wochen bedeutet. Wenn er hingegen über eine Gastrostomie ernährt wird, kann das die Prognose deutlich verlängern, selber aber wieder voraussehbare Komplikationen nach sich ziehen.

Der Bedarf an palliativen Massnahmen ist bei Tumorpatienten bekannt, Inzidenz und Pathophysiologie von Schmerzen und anderen Beschwerden sind beschrieben. Die Schmerztherapie mit Opiaten bewirkt keine grösseren Probleme und insbesondere keine Sucht, wenn sie lege artis erfolgt. Noch unklar ist, welche Opiate in welchen Situationen optimale Erfolge erzielen.

### *Infektionskrankheiten*

AIDS-Patienten unterschreiben viel häufiger Patientenverfügungen als andere Patienten. Solche Verfügungen scheinen auf die Behandlung von AIDS-Patienten einen grösseren Einfluss auszuüben als bei anderen Populationen (3). Die Wahrnehmung der Ärzte für die Terminalphase dürfte in dieser Situation geschärft sein.

Bei AIDS-Patienten ist die Therapierbarkeit vieler bedrohlicher Komplikationen im Fluss, sodass die prognostischen Faktoren sich in den letzten Jahren geändert haben. Heute noch gültig ist die Feststellung, dass AIDS-bedingte Lymphome besonders therapieresistent sind und dass die Tumortherapie durch die zusätzliche Schwächung des Immunsystems sogar lebensverkürzend wirken kann (6).

Die Schmerzen von AIDS-Patienten werden allgemein unterschätzt, und unabhängig von vorbestehender Drogensucht ist es möglich, dass Heroin eine Rolle als Schmerzmittel zu spielen hat.

Andere Infektionskrankheiten werden nicht mehr als potentiell tödlich wahrgenommen. Dennoch wird weiterhin gesagt, die Pneumonie sei der Freund des alten Mannes. Die Schmerzen, die in der Geriatrie mit unbehandelten Infektionen einhergehen, lassen sich wahrscheinlich mit herkömmlichen Opiaten genügend lindern.

### *Neurologische Erkrankungen*

Eine weitere klassische Patientengruppe, die in englischen Hospizen betreut werden sind jene mit degenerativen neurologischen Krankheiten.

Patienten mit amyotrophischer Lateralsklerose haben einen relativ gut voraussehbaren Verlauf. Für ihre Betreuung haben «Palliativ-Neurologen» Guidelines ausgearbeitet, die klarstellen, welche lebensverlängernden Massnahmen in welchem Moment wirklich hilfreich oder überflüssig und quälend sind (z.B. 7)

Für Patienten mit multipler Sklerose kann die (oft jahrelange) Hospizbetreuung darin bestehen, dass zwei bis dreimal jährlich ein Aufenthalt im stationären Hospiz organisiert wird sowie wöchentlich ein oder zwei Tage in der palliativen Tagesstation, damit die pflegenden Angehörigen Erholung und Ausgleich finden können.

Die Schmerzen bei degenerativen neurologischen Krankheiten sind sowohl muskulär und knöchern (Spastik, Kontrakturen...), als auch neuropathisch. Opiate können zur Linderung vor allem der ersten beiden Schmerzsyndrome beitragen.

Neuropathische Schmerzen sind nicht nur im Rahmen von degenerativen neurologischen Krankheiten bekannt, sondern auch nach cerebrovasculären Insulten und zwar desto eher, als ein Patient länger überlebt. Hier wird also der Bedarf an palliativen Massnahmen von der Prognose recht unabhängig. Es ist nur eine semantische Frage, ob man die verbleibende Zeit als Terminalstadium bezeichnen will.

Die Forschung über die Behandlung neuropathischer Schmerzen ist im Fluss. Methadon ist im Moment das vielversprechendste Opiat, da es zusätzlich auf die NMDA-Rezeptoren wirkt. Eine Rolle für Heroin ist nicht absehbar, aber nicht von vornherein auszuschliessen.

#### *Herz-Kreislaufkrankheiten*

Fins (8) stellt in seiner retrospektiven epidemiologischen Studie über Beschlussfassung am Lebensende in einem New Yorker Spital fest, dass die Todesnähe bei Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen von den Ärzten erst sehr kurz vor dem Tod wahrgenommen wird. Über 50% dieser Patienten haben während ihrer letzten Hospitalisation noch auf der Intensivstation gelegen, 46% sind künstlich beatmet worden, und 37% sind am Beatmungsgerät verstorben.

Die genauen Gründe für diese doch recht erschreckenden Zahlen sind nicht bekannt. Einerseits sind die technischen Möglichkeiten zur Lebensverlängerung in der Kardiologie besonders stark entwickelt, was in einem Grossspital in New York die ärztlichen Entscheidungen sicher beeinflusst. Die vielen malpractice suits dürften Ärzte dazu verleiten, lieber alles zu tun als das, was dem sterbenden Menschen gut tut.

Die Tatsache bleibt, dass Herz-Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache sind. Es fragt sich, ob das Wahrnehmen der Todesnähe nicht zur Genüge geübt

werden könnte. Natürlich ist die vorliegende Untersuchung nur für den universitären Kontext repräsentativ. Die ärztliche Ausbildung findet bei uns aber weitgehend in diesem Kontext statt, auch wenn lokale Faktoren (Landarztpraxis versus Universität ... versus Slum) die Entscheide der Ärzte später prägen.

Für Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen bemühen sich heute die Fachgesellschaften, Guidelines aufzustellen die aufzeigen, wann auf Reanimation zu verzichten sei (9).

Die typische Situation, wo eine Kreislaufkrankung zu einer längeren Terminalphase führen und schwierigste Schmerzen verursachen kann, ist die periphere arterielle Verschlusskrankheit. Raucherbeine können wiederholt amputiert werden, bis wegen der zu erwartenden Wundheilungsstörungen auf weitere Operationen schliesslich verzichtet wird. Schmerzen in den schlecht durchbluteten Geweben sowie Phantomschmerzen in den amputierten Teilen bestehen oft über längere Zeit, ohne dass das Lebensende genau prognostiziert werden kann.

Die Schmerztherapie in diesen Situationen ist oft unbefriedigend, und der Einsatz von Heroin könnte in Einzelfällen Sinn machen.

#### *Geriatric*

Einige besondere Probleme ergeben sich bei älteren, polymorbiden Patienten aus der Tatsache, dass die körperlichen Beschwerden nicht unbedingt von jener Erkrankung herkommen, die zum Tod führen wird. Der funktionelle Status hängt nur bedingt mit der terminalen Erkrankung zusammen und sein Einfluss auf die Prognose ist weniger klar als bei jüngeren Patienten.

Die Therapierbarkeit jener Krankheit, die zum Tod führen wird ist abhängig von den Organfunktionen (Leber, Nieren) und von Interaktionen bei Patienten, die für verschiedene chronische Störungen Medikamente benötigen (2). Auf einen kurativen Ansatz wird darum oft verzichtet.

Zum Beispiel werden ältere Menschen aus sehr vielen onkologischen Therapiestudien von vornherein ausgeschlossen, sodass die Wirkung dieser Therapien schlecht bekannt ist (2, 6). Bei älteren Menschen mit einer Demenz wird meist weder aggressive Diagnostik noch eine kurative oder lebensverlängernde Therapie vorgenommen. Das Überleben ist dennoch oft erstaunlich lang, mit teils intensiven körperlichen Leiden, die diese Patienten nicht gut mitteilen können. Die Prognose ist in solchen Fällen ausgesprochen schwer zu stellen.

In der palliativen Betreuung älterer Menschen stellen wir oft fest, dass Altersbeschwerden weniger ernst genommen und weniger ambitiös angegangen werden als die Beschwerden, die eine Folge der terminalen

Krankheit sind. Da insbesondere Arthrose- oder Osteoporoseschmerzen meist über längere Zeit bestanden haben, sind sie chronifiziert und daher schwierig zu behandeln. Die Intensität und Komplexität der Beschwerden hat in dieser Konstellation keinen Einfluss auf die Prognose. Symptome ohne Zusammenhang mit einer progredienten, zum Tod führenden Krankheit werden nicht zur Definition des Terminalstadiums herangezogen.

Allerdings hat die relativ hohe Suizidrate bei alten Menschen mit körperlichen Beschwerden und Vereinbarkeit zu tun (10). Das sollte als ein starkes Argument für allenfalls jahrelange palliative Betreuung in ihrem breitesten Sinn gelten.

Die Tatsache, dass praktisch nur bei Krebspatienten eine Prognose mit einiger Genauigkeit gestellt werden kann führte in den USA dazu, dass in der flächendeckenden Entwicklung der Hospiz-Einrichtungen immer über 90% der betreuten Patienten an Krebs litten. Der Zugang anderer Patienten, die diese Pflegequalität ebenso benötigen würden, wird dadurch verhindert, dass ihr Krankheitsverlauf schwerer vorauszu sehen ist (11).

Im amerikanischen Medicare-System wird zur Aufnahme eines Patienten in ein Hospizprogramm eine Prognose von weniger als 6 Monaten verlangt. Die meisten Patienten werden erst viel später aufgenommen. Die durchschnittliche Dauer der Betreuung durch Hospizdienste liegt um 60 Tage (6).

### 3. Epidemiologie des Terminalstadiums

In zwei epidemiologischen Studien zum Terminalstadium (2, 9) werden recht unterschiedliche Zeiträume angeschaut. Da es sich durchwegs um retrospektive Studien handelt, wird der Beginn des Terminalstadiums aus Hinweisen in den Krankenakten rekonstruiert.

Dazu ist zu bemerken, dass der Beginn des Terminalstadiums an sich nicht abrupt ist. Er mag aber von Ärzten so erlebt und möglicherweise an Patienten so weitervermittelt werden.

Unabhängig davon sind die Kriterien zur Beurteilung der Betreuungsqualität, unter anderem in Bezug auf Schmerzkontrolle sind in der kurativen und terminalen Phase dieselben (12).

McCusker (3), die die Todesfälle bei Krebskranken einer ganzen Region untersucht hat, stellte die Frage nach der durchschnittlichen Länge der Terminalphase und ihrer Variabilität, sowie nach der Grösse der Population, für die Hospizdienste geplant werden müssten.

Das Terminalstadium wurde definiert als die Zeit vom Ende lebensverlängernder Bemühung bis zum Tod. Es wurden Zeiträume zwischen 1-1320 Tagen gefunden, wobei eine Dauer von weniger als zwei Wo-

chen nicht als eigentliches Terminalstadium angesehen wurde, weil es keine praktischen Konsequenzen für den Patienten habe (im Sinne von kohärenter palliativer Therapie, Planung bezüglich Ort des Sterbens usw.). Eine Schwäche des retrospektiven Ansatzes besteht darin, dass rückblickend der Beginn des Terminalstadiums wohl leichter festzustellen ist, als mitten in der klinischen Situation drin. Auch andere Verzerrungen sind im Rückblick möglich.

Die Länge der kurativen Behandlungsphase war mit der Länge der Terminalphase nicht korreliert. Der Tumortyp hatte deutlichen Einfluss auf die Länge des Terminalstadiums.

In dieser Studie bestand eine Korrelation zwischen Alter und kürzeren Terminalphasen. Zwischen der Länge der Terminalphase und dem funktionellen Status besteht eine Korrelation, die in den höheren Altersgruppen zunehmend ausgeprägter war.

Die Schmerzintensität ist mit dem funktionellen Status nicht korreliert (3). So waren 39% der untersuchten Patienten während mehr als der Hälfte ihrer Terminalphase bettlägerig, mit einer Schmerzintensität bzw. einem Schmerzmittelbedarf, die als gering oder mittelhoch beurteilt wurden. Patienten, die eine Weiterführung ihrer Therapie bis in die Terminalphase hinein wünschten (tendenziell jüngere Patienten), hatten öfter starke Schmerzen als solche, die nie kurative Therapie erhalten oder in den Abbruch einer kurativen Therapie eingewilligt hatten. Sie wurden auch öfter bis zuletzt von ihrem Onkologen betreut. Frühere Studien werden zitiert die gezeigt haben, wie schwierig es für junge Patienten, ihre Angehörigen und ihre Onkologen ist, einen an sich vernünftigen Beschluss zum Behandlungsabbruch zu fassen.

Je länger das Überleben, desto mehr Zeit wurde noch zuhause verbracht. Das heisst, dass Hausärzte einen Teil der Palliativbetreuung übernahmen. Dabei wurde festgestellt, dass Hausbesuche eher selten waren und Patienten oft in der Zeit, als sie immobil geworden waren keinen Arzt mehr zu Gesicht bekamen. Das ist aber natürlich eine Phase, wo kurzfristig immer wieder Veränderungen des körperlichen Zustandes auftreten, und wo häufige Anpassungen der Symptomtherapie vorgenommen werden müssten.

Das Zuhausein hängt mit verschiedenen, zum Teil unabhängigen Faktoren zusammen: längeres Überleben, mit Angehörigen zusammen wohnen (3). Auch niedrigeres Alter, Verheiratetsein, weniger Schmerzen, und grössere Entfernung zum Spital tragen dazu bei, dass Patienten im Terminalstadium Zuhause sind (13).

Fins (8) studierte alle Todesfälle, die in den ersten 4 Monaten des Jahres 1996 in einem New Yorker Grossspital registriert wurden. Seine Fragestellung betraf die Art, wie ärztliche Entscheide in Bezug auf das Leben-

sende gefasst werden: wann wurde ein Patient als Sterbender erkannt; wann wurde entschieden, dass keine Reanimation versucht werden sollte; wann wurde ein konsequenter Plan zur terminalen Beschwerdelinderung aufgestellt?

Je länger der Spitalaufenthalt vor dem Tod, desto eher wurde die Todesnähe erkannt (58% bei Aufenthalt von 1 – 4 Tagen, 83,3% bei Aufenthalt über drei Wochen). Die Zeitspanne zwischen dem Moment, wo der Arzt die Todesnähe erkannte, und dem Eintritt des Todes betrug durchschnittlich 9,6 Tage (Medianwert 3,5 Tage).

Die Todesnähe bei Krebs- und AIDS-Patienten wurde signifikant öfter und früher erkannt als bei Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen. Für letztere wurde auch viel seltener ein Therapieplan zur Linderung der Beschwerden aufgestellt (58,3% bei AIDS, 52,4% bei Krebs, 32,1% bei Herz-Kreislaufkrankungen).

Die zeitliche Abfolge der untersuchten Entscheidungen lassen vor allem vermuten, dass keine Richtlinien bestanden und grösste Unklarheit herrschte.

Vom Eintritt des Patienten bis zum Moment, wo er als Sterbender erkannt wurde verging desto mehr Zeit als die Hospitalisation länger dauerte: 1 Tag bei jenen die vor dem vierten Tag starben, 20 Tage bei jenen, die über drei Wochen am Leben blieben. Die Feststellung, dass der Patient sterbend sei, wurde aber nur in 58% jener Patienten gemacht, die innert 4 Tagen starben, und bei 83% derer, die länger als drei Wochen lebten. Der Tod kam also in 20 – 40% der Fälle für den Arzt überraschend.

Wenn die Todesnähe überhaupt diagnostiziert wurde, dann war der Entscheid gegen eine Reanimation nicht selbstverständlich. Zwar wurde dieser Entscheid bei manchen Patienten schon vor dem Spitaleintritt getroffen. Für Patienten, die mehr als 21 Tage überlebten verging aber bis zu einer Woche zwischen dem Erkennen der Todesnähe und dem Entscheid gegen Reanimation. Ein solcher Entscheid wurde bei 68-90% der Patienten getroffen, abhängig von der Länge ihres Spitalaufenthaltes.

Vom Moment, wo ein Patient als sterbend erkannt wurde, bis zum Moment, wo eine konsequente Beschwerdelinderung beschlossen wurde, vergingen je nach Länge des Aufenthaltes 0,3 – 21 Tage! Ein Plan zur palliativen Betreuung wurde überhaupt nur bei 41 – 52% der Patienten aufgestellt.

Wie schon erwähnt, unterschieden sich diese Abläufe je nach Diagnose deutlich. AIDS-Patienten brachten oft eine Patientenverfügung mit, die im Gegensatz zum Befund in anderen amerikanischen Studien die Entscheide deutlich beeinflussten. Dass ein Patient sterbend sei, wurde bei nur 51% der Herz-Kreislaufkranken, hingegen bei 88% der Krebs- oder AIDS-

Kranken erkannt. Dass keine Reanimation versucht werden sollte, wurde bei 68% der Herz-Kreislaufkranken, 84% der Krebskranken und 87% der AIDS-Kranken entschieden. Ein Plan zur konsequenten palliativen Behandlung wurde für nur gerade 32% der Herz-Kreislaufkranken, 52% der Krebskranken und 58% der AIDS-Patienten aufgestellt. Die Werte für Patienten mit metabolischen Erkrankungen lagen dazwischen.

Die palliativen Behandlungsstrategien waren oft mit aggressiveren Therapieformen kombiniert, was in einigen Fällen durch die unsichere Prognose erklärbar sein könnte, zum Teil aber auch auf Unsicherheiten der Ärzte im Umgang mit dem Terminalstadium beruht.

Der Autor schlägt vor, Spitäler sollten Richtlinien aufstellen, was zu tun sei, wenn ein Patient als sterbend erkannt wird. Er stellt zudem ein Instrument vor, das diese Erkennung fördern soll, indem bestimmte Ereignisse eine genaue Prüfung der Situation anhand einer Checkliste auslösen sollen.

#### 4. Diskussion

Die Gewissheit, dass ein Mensch sterben wird, besteht schon bei der Zeugung. Die Lebenszeit ist von vornherein beschränkt, wobei verschiedene Phasen oder Stadien aufeinanderfolgen oder sich überschneiden. Der Begriff Terminalstadium wird auf verschiedene Arten definiert, und es wird nach Kriterien gesucht, die objektiv und so nachvollziehbar sind, dass sich therapeutische Konsequenzen aufdrängen. Ein Terminalstadium existiert wahrscheinlich bei allen Krankheiten die zum «nicht-plötzlichen» Tod führen.

Die Erkennung des Terminalstadiums fällt den Ärzten aus verschiedenen Gründen ausgesprochen schwer (unklare Kriterien, Verdrängung, Widerstand der Vorgesetzten, Angst vor juristischen Nachspielen...).

Nur bei Patienten mit Krebs oder amyotrophischer Lateralsklerose kommt im Krankheitsverlauf irgendwann ein Moment, wo die verbleibende Zeitspanne mit einiger Genauigkeit abgeschätzt werden kann. Der Begriff «terminal» ist aber einzig in einem ganz anderen medizinischen Kontext so klar definiert, dass sich praktische therapeutische Konsequenzen zwingend ergeben: man spricht von terminaler Niereninsuffizienz, wenn keine rechtzeitige Verbesserung der Nierenfunktion zu erwarten ist und der Patient ohne Dialyse sicher sterben würde.

Als Terminalstadium jeder Krankheit müsste wohl das Stadium bezeichnet werden, in dem keine fundamentale Veränderung zum Guten mehr zu erwarten ist. Es ist fraglich, ob es Sinn macht, vom Terminalstadium des einzelnen Menschenlebens zu sprechen. Wenn wir darauf verzichten und den Therapiebedarf

nach dem Stadium der Krankheit beurteilen, müsste Heroin bei chronischen Schmerzzuständen jeder Art und Dauer eingesetzt werden können, die keine Entwicklung zum Guten erwarten lassen.

Es wäre wohl kaum akzeptabel, wenn zur Linderung von Beschwerden erst dann alle Möglichkeiten offenstünden, wenn die Zeitspanne bis zum Lebensende berechenbar geworden ist. Fixe Zeiträume zu definieren oder den Abbruch bestimmter Therapieformen zur Voraussetzung zu machen, ist für Entscheide zur Beschwerdelinderung nicht sinnvoll.

Das Bundesgericht erwähnt in seiner Urteilsbegründung das Prinzip der Rechtsgleichheit, um die Ausnahmen nach Art. 8, Abs. 5 von Krebs- auf AIDS-Patienten und von der schmerzlindernden auf die substitutive Therapie auszudehnen.

In Art. 8 selbst werden aber die medizinischen Indikationen völlig offen gelassen. In den Diskussionen des Nationalrates 1975 war von terminalen Krebspatienten die Rede. Damals war das Suchtpotential eine der Sorgen, das auch heute grösste Vorsicht beim analgetischen Gebrauch von Heroin gebietet. Es ist aber inzwischen hinreichend gezeigt worden, dass eine lege artis durchgeführte Opiatbehandlung nur gerade in 2 o/oo der Fälle zur Sucht führt. Schmerzspezialisten forschen heute intensiv an der Art und Weise, wie eine Opiattherapie bei chronischen nicht krebsbedingten Schmerzen bewerkstelligt werden müsse (Behandlungsvertrag).

Der Forderung des Bundesgerichtes, Ausnahmebewilligungen müssten fallbezogen und mit der Auflage einer spezialärztlichen Überwachung erteilt werden, kann man nur beipflichten.

#### Schlussfolgerung

Die logische Konsequenz wäre, dass Ausnahmebewilligungen zur palliativen Verwendung von Diamorphin in allen Situationen möglich sein müssten, wo es geeigneter ist als andere Opiate. Um dies zu beurteilen und um eine optimale Durchführung der Therapie zu gewährleisten, müsste ein Spezialarzt zugezogen werden und auch langfristig involviert bleiben.

#### Bibliographie

1. Bundesgerichtsentscheid vom 30. März 1999
2. Porzolt F, Zeeh J, Platt D. Palliative Therapies in Elderly Cancer Patients. *Drugs&Aging* 1995; 6(3): 192-209
3. McCusker J. The Terminal Period of Cancer: Definition and Descriptive Epidemiology. *J Chron Dis* 1984; 37(5): 377-385
4. Fins JJ (ed), Cassell EJ. Ethics Rounds - Commentary: Is This Palliative Care Medicine? *JPSM* 1999; 17(6): 450-451
5. Toscani F. Palliative Care in Italy. A Problem of Definition and Roles. *Global Exchange ...?*
6. Miller RJ. The role of chemotherapy in the hospice patient. A problem of definition. *Am J Hospice Care* 1989; May/June
7. Borasio GD. Amyotrophe Lateralsklerose - Symptomatische und experimentelle Therapie. *Münch Med Wschr* 1994; 136: 295-300
8. Fins JJ, Miller FG, Acres CA et al. End-of-Life Decision-Making in the Hospital: Current Practice and Future Prospects. *JPSM* 1999; 17(1): 6-15
9. Pendergast TJ. Futility and the Common Cold - how Requests for Antibiotics Can Illuminate Care at the End of Life. *Chest* 1995; 107: 836-844
10. Fisch HU - Unterlagen zum Pilotkurs Geriatrie der Universitäten Basel, Bern und Zürich, 1993-1995
11. McCann BA. Hospice Care in the United States: The Struggle for Definition and Survival. *J Pall Care* 1988; 4(1+2): 16-18
12. Donaldson MS, Field MJ. Measuring Quality of Care at the End of Life. *Arch Int Med* 1998; 158: 121-128
13. Johnston G, Abraham C. The WHO objectives for palliative care: to what extent are we achieving them? *Palliative Medicine* 1995; 9: 123-137