



Prof. Dr. med.  
Reto W. Kressig  
Basel

PD Dr. med.  
Georg Bosshard  
Zürich

Betreuungsplanung am Lebensende (Teil I):

## Typisierung von Lebensendverläufen – und deren Bedeutung für die Klinik

Jeder in der Betreuung von Patienten am Lebensende engagierte Hausarzt kennt diese Situation: Der unheilbar schwerkranke Patient ist von einem Spitalaufenthalt zurückgekehrt. Die Diagnoseliste des Spitalaustrittsberichts geht bis weit in die Mitte der zweiten Seite. Zahllose Untersuchungen wurden durchgeführt. Zu der bereits vorbestehenden langen Medikamentenliste sind weitere Medikamente dazugekommen. Eine Synthese und Gewichtung der erhobenen Befunde aber fehlt. Das Behandlungsziel ist nicht definiert, und entsprechend fehlt die Formulierung eines auf dieses Ziel hinführenden Behandlungsplanes. Der Hausarzt ist gefordert, die Führung des Patienten zu übernehmen. Dinge müssen geklärt, geordnet, ggf. vereinfacht werden, um den Patienten in seiner letzten Lebensphase in den für ihn wirklich wichtigen Inhalten zu unterstützen.

Der vorliegende zweiteilige Artikel soll dabei eine Hilfestellung bieten. Im ersten Teil wird eine klinische Einteilung von Lebensendverläufen vorgestellt, deren Kenntnis dem Hausarzt die Betreuungsplanung und Führung von Patienten am Lebensende und der Angehörigen ganz wesentlich erleichtern kann. Im zweiten Teil des Artikels (Mai-Ausgabe dieser Zeitschrift) wird speziell auf die Entscheidungsfindung am Lebensende eingegangen.

### Lebensendverläufe

Früher war der schnelle Tod aus voller Gesundheit heraus ein häufiges Phänomen. Akute Infektionskrankheiten wie z. B. Pneumonien nahmen nicht selten einen tödlichen Verlauf. Unfälle und andere gesundheitliche Notfallsituationen hatten infolge des Fehlens einer professionellen medizinischen Versorgung häufig einen fatalen Ausgang. Die Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit, aber auch die Müttersterblichkeit war hoch.

In modernen Gesellschaften mit einer hoch entwickelten Gesundheitsversorgung dagegen ist der plötzliche Tod die Ausnahme geworden. Hier ist in der grossen Mehrzahl der Fälle das Lebensende medizinisch absehbar und damit im Prinzip auch bis zu einem gewissen Grade planbar. Für diese absehbaren Todesfälle wurde

bereits 2003 wurde von der US-amerikanischen Pflegewissenschaftlerin June Lunney gezeigt, dass diese sich bezüglich des Verlaufs der funktionellen Einschränkungen in drei Typen von sog. «end-of-life trajectories» einteilen lassen, nämlich einen

- Typ «Krebserkrankung»
- Typ «Organschwäche»
- Typ «Gebrechlichkeit/Demenz» (1).

Diese drei Typen von Lebensendverläufen unterscheiden sich voneinander u. a. in ihrem Verlaufsmuster, in der Länge der Abhängigkeitsphase, in den Komplikationen und in der Entscheidungsfindung.

Das Modell von Lunney hielt im Folgenden langsam in der spezialisierten Palliative Care Einzug (2). Erst in den letzten Jahren wurde seine grosse Bedeutung für die allgemeine Palliative Care resp. Hausarztmedizin zunehmend erkannt (3).

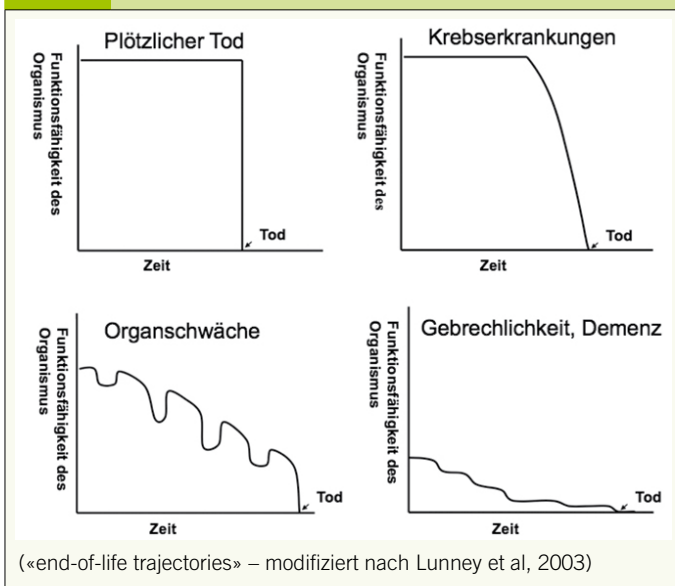
Denn anders als viele andere Palliative-Care-Ansätze, die ihre Wurzeln in der Onkologie haben, beschreibt das Modell eben gerade die Vielfalt der Palliative Care Situationen, wie sie sich in der Hausarztpraxis präsentieren. Untersuchungen des britischen Hausarztes K. Thomas haben ergeben, dass ein Hausarzt im Vereinigten Königreich durchschnittlich etwa 20 sterbende Patienten pro Jahr betreut. Davon fallen je etwa 5 (also je ein Viertel der Verstorbenen) in die Kategorie Krebs und Organschwäche. Durchschnittlich 8 Patienten (40% der Verstorbenen) fallen in die Kategorie Gebrechlichkeit/Demenz. Nur 2 Patienten des hausärztlichen Klientels (10% der Verstorbenen) sterben plötzlich und unerwartet (3).

Welches sind nun die betreuungs- und prognoserelevanten Charakteristika der einzelnen Verläufe?

### Krebserkrankungen

Bekanntlich sind heute die Heilungschancen bei zahlreichen Krebserkrankungen wesentlich besser als früher. Wenn jedoch der Krebs einen unheilbaren Verlauf genommen hat, ist dieser Verlauf gekennzeichnet durch eine rel. rasche und kontinuierliche Verschlechterung (Abb. 1, Kurve rechts oben): Die Phase der schweren körperlichen Abhängigkeit ist meistens kurz und bemisst sich in Tagen oder Wochen. Die Betroffenen sind typischerweise bis spät im Krankheitsverlauf urteilsfähig, so dass Behandlungsentscheidungen lang mit ihnen besprochen werden können und allfällige Patientenverfügungen erst ganz am Schluss zum Tragen kommen.

ABB. 1 Lebensend-Verläufe



der Patient mit jedem Schub an Funktionsfähigkeit, was typischerweise in den letzten Lebensmonaten zu einer erheblichen körperlichen Abhängigkeit führt. Obwohl die Überlebensprognose zu diesem Zeitpunkt keineswegs besser ist als bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen, werden diese Situationen oft nicht als Palliativsituationen wahrgenommen: der Patient und nicht selten auch die involvierten (Spezial-)Ärzte zählen auf weitere Stabilisierungen und verschliessen die Augen vor der realen Situation. Ist die schlechte Prognose auf Grund der Klinik, der Untersuchungsbefunde und der Hospitalisationshäufigkeit (hospitalisationsfreies Intervall von wenigen Wochen) offensichtlich, ist es die Aufgabe des Hausarztes, mit dem Patienten das Gespräch zu suchen, die Situation wenn möglich offen zu besprechen und die Frage zu stellen, ob nicht für den nächsten Schub ein palliatives Procedere und Verbleib am gewohnten Ort (meist ist dies zu diesem Zeitpunkt das Pflegeheim) statt einer erneuten Hospitalisation geplant werden soll (Tab 1, mittlere Zeile).

**Gebrechlichkeit und Demenz**

Eine wieder ganz andere Situation liegt bei multimorbiden, gebrechlichen, nicht selten zusätzlich auch kognitiv eingeschränkten Patienten vor. Dieser Lebensendverlauf ist charakteristisch für hochbetagte Menschen und damit das Kerngebiet der geriatrischen Palliative Care resp. der palliativen Geriatrie. Hier lässt sich das zum Tode führende Krankheitsgeschehen weder einem einzelnen spezifischen Prozess (maligne Erkrankung) noch einem einzelnen Organsystem zuordnen, es ist vielmehr in der Kombination der einzelnen Krankheiten und Einschränkungen zu suchen. Entsprechend vielfältig sind die Situationen. Gemeinsam ist jedoch für die Betroffenen dieser Gruppe ein schwer vorhersagbarer, meist aber langwieriger Verlauf mit einer Phase der körperlichen Abhängigkeit, die sich typischerweise über Jahre erstreckt (Abb. 1 Kurve rechts unten). Für die Betroffenen im Vordergrund steht nicht so sehr die Angst vor körperlichen Symptomen als vor einer lange dauernden Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit, nicht selten verbunden mit dem Gefühl, anderen zur Last zu fallen. Speziell bei einer sich abzeichnenden Demenz kommt dazu die Angst vor einer möglichen Wesensveränderung (Tab 1, unterste Zeile). Die Begleitung der Betroffenen in diesem Prozess ist eine zentrale hausärztliche Aufgabe. Aufgrund der lang anhaltenden Krankheitsverläufe über oft mehrere verschiedenen Stadien sollen immer wieder Standortbestimmungen durchgeführt werden. Insbesondere bei einer dementiellen Entwicklung kommt dabei dem zunehmenden Einbezug der Angehörigen und der Pflegekräfte in Spitex und Pfl-

Bei den Entscheidungen, die getroffen werden müssen, steht oft die Kontrolle von Symptomen wie Schmerzen oder Atemnot im Vordergrund. Unbedingt angesprochen werden sollte aber auch, unter welchen Umständen auf weitere onkologische Therapien und ggf. auf die kausale Behandlung von Komplikationen und auf eine cardiopulmonale Reanimation (CPR) verzichtet werden soll (Tab 1, oberste Zeile).

In aller Regel genießen onkologische Patienten eine gut ausgebaute palliative Versorgung, weil die entsprechenden Strukturen immer noch stark auf diese Patientengruppe ausgerichtet sind. Insbesondere Palliativstationen in Spitälern betreuen auch heute noch in ganz überwiegender Zahl onkologische Patienten.

**Organschwäche**

Ganz anders präsentiert sich die Situation bei der fortschreitenden Erkrankung eines lebenswichtigen Organes, insbesondere des Herzens oder der Lunge. Hier steht typischerweise ein schubweises Fortschreiten der Krankheit im Vordergrund (Abb. 1, Kurve links unten). Gerade bei der koronaren Herzkrankheit oder der COPD lassen sich initial mit entsprechender Therapie lange Phasen der Stabilisierung ermöglichen. Irgendwann kommt aber auch hier der nächste Schub. Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf werden die Schübe häufiger und trotz lange möglicher Stabilisierung verliert

TAB. 1 Klinische Charakteristika der verschiedenen Typen von Lebensendverläufen

| Lebensend-Verlaufstyp          | Progredienz | Dauer der Abhängigkeit | Typische Ängste   | Inhalte, die proaktiv besprochen werden sollten   |
|--------------------------------|-------------|------------------------|---|---|
| <b>Krebs</b>                   | stetig      | Wochen                 | Schmerzen / Atemnot   | Symptomkontrolle<br>Verzicht auf weitere onkologische Therapien?<br>Verzicht auf CPR und weitere lebensverlängernde Massnahmen (Therapie von Komplikationen)?                                 |
| <b>Organschwäche</b>           | schubweise  | Monate                 | An Schläuche und Apparate angeschlossen zu sterben          | Verzicht auf kriseninterventionelle Hospitalisation und invasive Massnahmen (Intensivstation, Respirator, Coronarangiografie)?<br>Verzicht auf CPR und weitere lebensverlängernde Massnahmen? |
| <b>Gebrechlichkeit, Demenz</b> | erratisch   | Jahre                  | Abhängigkeit / zur Last fallen / Wesensveränderung (Demenz) | Verzicht auf Hospitalisationen mit Ziel Lebensverlängerung?<br>Verzicht auf CPR und weitere lebensverlängernde Massnahmen?  |

geheim eine entscheidende Bedeutung zu (4). Der allfällige Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen und cardiopulmonale Reanimation soll dabei thematisiert werden. Gelegentlich bestehen allerdings in dieser Gruppe bei den durch den langen Krankheitsverlauf ermüdeten Patienten und/oder Angehörigen unrealistische Erwartungen, wie sehr der Todeszeitpunkt durch den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen beeinflusst werden könne.

### Sondersituationen

Nicht alle Lebensendverläufe können in das gezeigte Schema eingeordnet werden. Von den zahlreichen möglichen Sondersituationen sei nur das Beispiel des Patienten mit schwerer peripherer arterieller Verschlusskrankheit ohne weitere Revaskularisationsmöglichkeit erwähnt. Hier sollte ein individuelles Vorgehen in Absprache mit den Angiologen und Chirurgen des betreuenden Spitals gewählt werden. Eine besondere Herausforderung ausserhalb des Spitals sind auch diagnostisch unklare Situationen bei an sich eindeutig palliativer Situation, z.B. unklare abdominale Prozesse. Auch hier ist ein individuelles Vorgehen angezeigt, und nicht selten wird man hier trotz zuvor beschlossenen Verzicht auf jede Form von lebensverlängernden Massnahmen um eine Hospitalisation nicht herumkommen.

**PDDr. med. Georg Bosshard**

Klinik für Geriatrie  
UniversitätsSpital Zürich  
georg.bosshard@usz.ch

**+ Interessenskonflikt:** Der Autor hat in Zusammenhang mit diesem Beitrag keine Interessenskonflikte deklariert.

### Take-Home Message

- ◆ Lebensendverläufe von absehbaren Todesfällen lassen sich in drei Typen einteilen, nämlich einen Typ «Krebserkrankung», einen Typ «Organschwäche» und einen Typ «Gebrechlichkeit/Demenz».
- ◆ Diese drei Typen von Lebensendverläufen unterscheiden sich voneinander u. a. in ihrem Verlaufsmuster, in der Länge der Abhängigkeitsphase, in den Komplikationen und in der Entscheidungsfindung.
- ◆ In der Hausarztpraxis am häufigsten ist der Verlaufstyp «Gebrechlichkeit/Demenz» (gegen 50% der betreuten Sterbefälle); Krebserkrankungen und spezifische Organschwäche umfassen je ca. einen Viertel der betreuten Sterbefälle.

#### Literatur:

1. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 289:2387-2392.
2. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 330:1007-1011.
3. Thomas K et al (2011) Prognostic Indicator Guidance (PIG), 4th Edition © The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care CIC <http://www.goldstandardsframework.org.uk/How-to-use-the-GSF-PIG-in-your-practice>
4. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2017) Medizinethische Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>