

Plädoyer für den guten Tod

Ärzte sollen Menschen am Leben erhalten. Doch das ist nicht immer sinnvoll und erwünscht. Sie kämpfen gleichwohl bis zum Letzten um das Leben ihrer Patienten. Sich selbst gegenüber sind Ärzte gnädiger und lassen den Tod eher zu, **schreibt Kathryn Schneider-Gurewitsch**

In den 1950er und 60er Jahren stürzten wir Kinder uns mit Begeisterung auf eine Zeitschrift, die regelmässig ins Haus flatterte. Jedes Mal suchten wir nach dem Bild aus der Serie «Great Moments in Medicine». Als Imagewerbung für eine Pharmafirma wurden hier grosse Momente der Medizingeschichte zelebriert: Pasteur, der mit Reagenzgläsern hantierte, oder der Ersteinsatz der Pockenimpfung durch Edward Jenner, bekannter noch Wilhelm Röntgen und die nach ihm benannten Strahlen.

Vor meinem geistigen Auge sehe ich ein Bild, das es in dieser Serie nie gegeben hat, denn Sterben hat nie als grosser Moment der Medizingeschichte gegolten: ein feudales Schlafzimmer. In einem herrschaftlichen Bett liegt ein alter Mann. Offensichtlich hat er in den letzten Momenten seines Lebens die Tochter rufen lassen. Es herrscht Hektik. Sie hat soeben ihr Ohr an die Lippen des sterbenden Vaters gelegt. ... Und was hört sie? Ein unverständliches Flüstern, schliesslich spürt sie den Hauch des letzten Atemzugs. Der Bildtitel: «Was ich dir noch sagen wollte ...»

In meiner derzeitigen gesundheitlichen Lage, nach einer Brustkrebsdiagnose vor mehr als 25 Jahren und weiteren Krebsdiagnosen, unzähligen Therapien nun in unmittelbarer Nähe des Todes, ergänzt durch meine langjährige Tätigkeit als Ärztin, gibt es viel, was ich noch sagen möchte - vor allem zu Entscheidungen am Lebensende.

Der Tod ist heute in Filmen und am Fernsehen allgegenwärtig. Im Alltag hingegen bleibt er uns fremd. Erst wenn es nicht anders geht, weil unsere Eltern oder Freunde sterbenskrank sind, können wir dem Thema nicht länger ausweichen. So begegnen wir dem Tod unserer Nächsten ohne Gebrauchsanweisung, oft ungeschickt und mit einem ungunstigen Gefühl. Gelänge es, das Tabu zu brechen und frühzeitig über die letzten Dinge zu reden, ginge es den Sterbenden und ihren Nächsten in vielen Fällen besser.

Was sich Sterbende wünschen

Die Vorstellungen über einen guten Tod sind sehr verschieden. Die einen möchten im Schlaf sterben. Andere wünschen sich bei vollem Bewusstsein aus dem Leben zu scheiden. Jeder stirbt seinen eigenen Tod. Allein. Es wird stets ein Geheimnis zurückbleiben. Doch können wir anhand von Interviews mit Sterbenden ihre Wünsche für das Lebensende erfahren. Gemäss Umfragen möchten die allermeisten zu Hause sterben. Tatsächlich trifft dies für weniger als 30 Prozent zu. Auch in der Schweiz. Nicholas Christakis, Professor für medizinische Soziologie an der Harvard Medical School, schreibt, dass in den USA unzählige Patienten in den Spitälern ein verlängertes und schmerzvolles Sterben erdulden müssen, da es dort kaum möglich sei, eines natürlichen Todes zu sterben. Im Spital werden Leiden und Sterben verlängert, indem alles daran gesetzt werde, das Leben zu erhalten. Die Patienten erhielten unerwünschte, invasive Massnahmen in einer unpersönlichen Umgebung. Kurz: unwürdig. Ein guter Tod wird als friedlicher Tod beschrieben - von den Angehörigen, den Pflegenden und von den Sterbenden selbst.

Nebst Schmerzfreiheit und einer guten Symptomkontrolle wünschen sich Sterbende laut Christakis aber vor allem gute Pflege von Menschen, die sie mögen. Von den Ärzten

erwarten sie, angehört und mit ihren Wünschen respektiert zu werden, und dass sie ihnen die Kontrolle über sich selbst so weit wie möglich gewähren. Gut sterben heisst für viele, auf den Tod vorbereitet zu sein. Dazu gehört zu wissen, was einen erwartet, und auch an den Punkt zu gelangen, wo man den Tod nicht nur anerkennt, sondern auch akzeptieren kann. Voraussetzung dazu ist, dass man die persönlichen Beziehungen in Ordnung gebracht hat und sich von den wichtigsten Bezugspersonen verabschieden kann. Auch Versöhnung ist wichtig mit allem, was war. Sterbende machen sich oft besonders Sorgen um ihre Familien und Nächsten. Das Sterben fällt ihnen daher leichter, wenn die Familie auf ihren Tod vorbereitet ist - seelisch und materiell.

Wenn es darum geht, sein Leben abzurufen, spielen Sinnfragen eine wichtige Rolle. William Breitbart, Chefschleier am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York, entwickelte mit seinem Team das Programm «Meaning-centered psychotherapy at the end of life». Zu Deutsch: «Sinnzentrierte Psychotherapie am Lebensende», in Anlehnung an Viktor Frankl. Patienten werden ermuntert, sich zu überlegen, wer sie sind und wofür sie in Erinnerung bleiben wollen. Ein wichtiger Begriff ist dabei das «Legat» im Sinne eines Vermächtnisses. Dieser Begriff ist auch zentral in der «Dignity Therapy», die vom Psychiater Harvey Chochinov entwickelt wurde. Dignity steht hier für die Würde des Sterbenden. Chochinov propagiert, mit dem Sterbenden im Gespräch einen Lebensrückblick zu machen. So können Sterbende ihr eigenes Leben reflektieren und sich vor Augen führen, dass sie in der Regel mehr mit ihrem Leben gemacht haben, als sie denken. Dieses Gespräch wird in redigierter schriftlicher Form festgehalten, als Legat.

Bei keiner Studie jedoch haben Sterbende gewünscht, möglichst lange am Leben erhalten zu werden. Deshalb gilt: Wenn wir nicht festhalten, was unsere Wünsche sind, kann das fatale Folgen haben. Es ist daher sinnvoll, diese Themen mit einer geeigneten Person - zum Beispiel mit der Hausärztin - zu besprechen und in Form einer Patienten-

Der Druck von Angehörigen nötigt die Ärzte, weiter zu behandeln. Das kann Ausdruck von Verzweiflung sein.

verfügung festzuhalten. Die Patientenverfügung dient zunehmend als Gesprächsgrundlage im Hinblick auf medizinische Schritte am Lebensende. Dazu gehören vor allem Massnahmen, die man nicht will. In der Schweiz hat sich die Ausgangslage seit Januar 2013 grundlegend geändert. Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht sind Patientenverfügungen bindend. Doch wenn nicht vorgesorgt ist, landen terminal Kranke auf einer Intensivstation, obschon sie paradoxerweise zu krank dafür sind.

Rechtzeitig vorsorgen

Alle Ärzte wünschen, dass ihre Patienten so wenig wie möglich leiden müssen. Nur, gelingt ihnen das? Gehen sie wirklich auf die Bedürfnisse des Individuums ein? Viele Ärzte sprechen das Thema Sterben gar nicht an. Dabei wären sie die idealen Gesprächspartner. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass praktisch alle Patienten über das Angebot dankbar waren, über Fragen zum baldigen Lebensende zu sprechen. Natürlich ist nicht alles planbar. Wird das Wichtige jedoch nicht rechtzeitig als Patientenverfügung festgehalten und am richtigen Ort deponiert, ist es am Ende des Lebens zu spät. Wenn man sich nicht mehr selber äussern kann, müssen andere stellvertretend entscheiden. Häufig sind diese Entscheidungen nicht im Sinne des Sterbenden.

Die Aufgabe der Ärzte ist schwierig. Wenn es mehrere (Be-)Handlungsoptionen gibt, wissen nicht alle Patienten, was sie wollen. Dann ist der Arzt oft zum unscheinbaren Satz «Wollen Sie, dass wir nichts unversucht lassen?» verführt, und kaum jemand wird bei dieser leichtfüssigen Suggestivfrage Nein sagen. Atul Gawande, Professor für Chirurgie

an der Harvard Medical School und regelmässiger Autor im «New Yorker», zitiert eine Studie, wonach 40 Prozent der Onkologen ihre Patienten weiter behandeln, auch wenn sie selber nicht mehr an eine Wirkung glauben. Deshalb gibt es viele Patienten, bei denen sich eine Therapie an die andere reiht. Sie hecheln jedem Hoffnungsschimmer hinterher, bis zum letzten Atemzug. Gawande schrieb dazu salopp, es sei wohl sinnvoller, Lotteriescheine zu kaufen.

Bei den Ärzten besteht Uneinigkeit, welche Massnahmen ausgeschöpft werden müssen, bevor man Angehörigen mitteilt, dass es keine Therapie gibt, die Besserung verspricht. Dabei gehört zur Verantwortung der Ärzte, von Therapien abzuraten oder solche abbrechen, die das Leiden verlängern würden. Doch immer noch gibt es Ärzte, für die der Tod eine Niederlage bedeutet. Andere akzeptieren den Tod, sind aber überzeugt, dass der Todeszeitpunkt schicksalhaft vorgegeben ist und entsprechend abzuwarten ist. Verpflichtend wäre für alle Ärzte, für die Patienten auch dann noch da zu sein, wenn alle therapeutischen Möglichkeiten aufgebraucht sind. Gerade hier wird der Arzt als Mensch gebraucht. Seine vielleicht wichtigste Aufgabe überhaupt.

Es gibt zunehmend Ärzte, die sich Zeit für die Entscheidungsfindung nehmen («Shared Decision Making»). Sie haben gelernt, wie man die Anliegen von Patienten und Angehörigen herausarbeitet und so gut wie möglich mit den Optionen in Einklang bringt. Dabei wird die aktuelle Faktenlage auf den Tisch gelegt. Der Patient muss die Vor- und Nachteile der Therapien verstehen. Die Nebenwirkungen sind offen zu deklarieren, genauso wie die Erfolgsaussichten. Die Ärzte sollen sich Zeit nehmen, dem Patienten etwa zu erklären, dass eine Wiederbelebung bei einem schwerkranken, todesnahen Patienten ein brutaler Eingriff ist, den man seinem ärgsten Feind nicht wünschen würde.

In meiner Praxis habe ich Patienten erlebt, die die qualvollsten Therapien über sich ergehen liessen, weil sie ihre Familien nicht enttäuschen wollten. Der Druck von Angehörigen nötigt die Ärzte unter Umständen, weiter zu behandeln. Das kann Ausdruck von Verzweiflung sein. Es kann vorkommen, dass Angehörige dem Sterbenden gegenüber ein schlechtes Gewissen haben. Sie verlangen lebensverlängernde Massnahmen, um nach aussen zu zeigen, dass sie bereit sind, alles für den Sterbenden zu tun. Tritt der Tod dann unter schlechten Bedingungen ein, berichten viele Angehörige, dass sie lebenslanglich an den Erinnerungen leiden.

Wie Ärzte sterben

Es wird trotz allen Bemühungen immer Patienten geben, die mit Informationsfülle überfordert sind. Oft versuchen sie eine Entscheidungshilfe zu finden, indem sie den Arzt fragen: «Was würden Sie Ihrer Frau oder Ihrem Sohn in dieser Situation empfehlen?» Noch besser wäre die Frage: «Was würden Sie für sich entscheiden?» Denn dann erst würde der Patient - wäre der Arzt oder die Ärztin ehrlich - erfahren, dass die Ärzte für sich selbst nicht unbedingt so entscheiden, wie sie es ihren Patienten empfehlen.

In den USA erschien Ende 2011 der Artikel «How Doctors Die. It's Not Like the Rest of Us, But It Should Be» - «Wie Ärzte sterben: Nicht wie wir anderen. Aber wie wir alle sollten». Im Februar 2012 publizierte das «Wall

Kathryn Schneider-Gurewitsch

Ärztin und Patientin

Die Ärztin Kathryn Schneider-Gurewitsch, 62, erhielt mit 37 Jahren die Diagnose Brustkrebs. Aufgrund der Familiengeschichte vermutet man eine Mutation im Brustkrebsgen und entfernt beide Brüste. 1993 Geburt eines gesunden Sohnes. 2004 Bestätigung der Genmutation BRCA1. Daraufhin erfolgt die prophylaktische Entfernung der Eierstöcke. Dabei werden zufällig zwei Karzinome entdeckt. Es folgt erneut eine Chemotherapie. 2009 erhält Schneider-Gurewitsch die Diagnose eines unheilbaren Multiphen Myeloms. Dieses Drittkarzinom ist vermutlich eine Folge der vorangegangenen Chemotherapien. Schneider lehnt die empfohlene Hochdosis-Chemotherapie mit anschliessender autologer Stammzelltransplantation ab. Seither erhält sie Dauerchemotherapie und Strahlentherapien aufgrund wiederholter schwerer Rückfälle. Derzeit ist sie beim



angeblich letzten möglichen Medikament angelangt. Dann ist «das Pulver verschossen». Für sie zählt die Lebensqualität, nicht die Lebensdauer. Sie hat eine Patientenverfügung und ist Exit-Mitglied. Dieser Artikel ist ein Vorpensatz aus ihrem geplanten Buch über Entscheidungen am Lebensende. (z.z.)

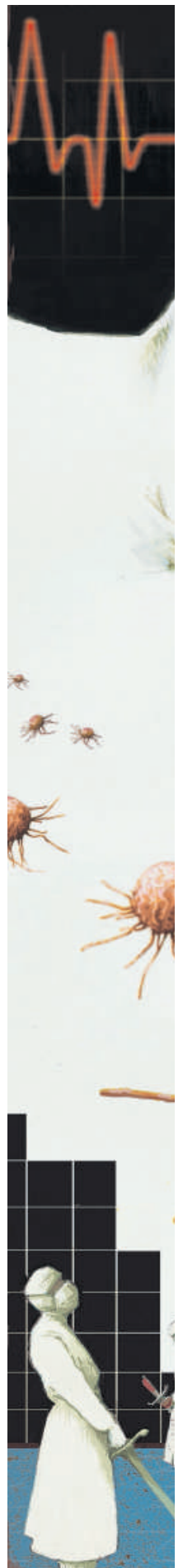




ILLUSTRATION: PAOLO FRAZZETTA

Neues Gesetz

2013

In diesem Jahr trat in der Schweiz das Erwachsenen-Schutzrecht in Kraft. Damit sind Patientenverfügungen bindend.

40%

der Onkologen behandeln laut einer Studie ihre Patienten weiter, auch wenn sie selber nicht mehr an eine Wirkung glauben.

30%

der Menschen oder weniger sterben zu Hause, obschon sich die allermeisten dies wünschen.

Das Sterben ist nebst der Geburt das einzige Gebiet der Medizin, das ausnahmslos jeden Menschen angeht.

Street Journal» den gekürzten Artikel «Why doctors die differently. Careers in medicine have taught them the limits of treatment and the need to plan for the end». Die Ärzte sterben anders, so der Titel, weil ihre Berufserfahrung sie die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten und die Notwendigkeit vorzusorgen gelehrt hat. Der Autor, Ken Murray, ist pensionierter Hausarzt. Er legte dar, dass die Ärzte im Grossen und Ganzen für sich selbst weniger aggressive Therapien wählen und dafür eine kürzere Lebenserwartung in Kauf nehmen. Im Vergleich zur Normbevölkerung bekommt das Ärztekollektiv am Lebensende besonders wenig Behandlung - obwohl gerade die Ärzte eher die Möglichkeit hätten, Therapien zu erzwingen.

Weshalb muten die Ärzte den Patienten Therapien zu, die sie selbst nicht haben wollen? Antworten gibt es viele: Murray und andere weisen darauf hin, dass das System viel zu diesem Malheur beiträgt, indem es unrealistische Erwartungen über die Allmacht der Medizin fördert. Generell werde die Tatsache, dass wir sterblich sind, ausgeklammert. Die moderne Medizin führte zum Glauben, der Tod könne besiegt werden. Ein weiterer Grund für defensive medizinische Massnahmen ist die Angst, vor Gericht gezo-gen zu werden.

Murrays Artikel wurde vorwiegend bejubelt. Es gab aber auch kritische Stimmen von Ärzten. Der Artikel sei anekdotisch und zu wenig mit Fakten untermauert. Diesen Vorwurf griff Murray auf und antwortete mit der Stellungnahme «Ärzte sterben tatsächlich anders». So hätten in den USA weit mehr Ärzte eine Patientenverfügung als die durchschnittliche Bevölkerung. Und die Ärzte nutzten sie weitgehend dazu, wirkungslose, lebensverlängernde Massnahmen am Lebensende zu verhindern. Murray zitiert eine grosse Ärztestudie. Gefragt wurde nach den Therapiewünschen der Ärzte, sollten sie aufgrund einer Hirnverletzung nicht mehr ansprechbar sein. Die grosse Mehrheit wünschte keine aggressiven medizinischen Massnahmen. Insbesondere wurden Reanimationen mehrheitlich kategorisch abgelehnt. Die einzige Behandlung, die sich alle wünschten, war eine Schmerzlinderung.

Wie Ärzte sterben, bleibt Thema. Das zeigt auch ein Artikel, der im November 2013 in der «New York Times» erschien: «How Doctors Die: Showing Others the Way». Der Titel kommt uns bekannt vor: «Wie Ärzte sterben: Den anderen den Weg zeigen». Es wird die Geschichte über das Sterben der 53-jährigen Ärztin Elizabeth McKinley erzählt. Die Botschaft lautet: Ärzte verzichten vorwiegend auf unnötige, quälende Therapien. McKinley bekam 17 Jahre nach der Diagnose eines Brustkrebses ein Rezidiv mit Metastasen in der Leber, Lunge und im Gehirn. Ihr wurden zwei invasive beziehungsweise aggressive Therapien nahegelegt. Die Ärztin entschied sich für einen dritten, nicht angebotenen Weg: Sie verzichtete auf Therapien. Sie wollte keine Behandlung, die ihre Persön-

lichkeit verändern würde, und ebenso wenig mochte sie sich den Nebenwirkungen aussetzen. Vielmehr wünschte sie sich noch etwas Zeit mit ihrem Mann und mit ihren Kindern. Sie wollte noch einen Sommer ihre Füsse im Meer baden können. Ihr Mann erinnert sich, dass seine Schwiegermutter den Entscheid ihrer Tochter nicht verstehen konnte. Die Patientin und ihr Mann betrachteten diesen Krebs aus Perspektive von Fachleuten, die die Grenzen der Medizin kennen. Die Mutter der Ärztin hingegen hoffte auf ein Wunder. Wenn Ärzte für sich entscheiden, müssen sie diese Entscheidung nur sich selber gegenüber verantworten. Sie haben genug gesehen, um zu wissen, was sie sich selbst nicht antun wollen. Und vor allem erfassen sie, wenn es kein Entrinnen gibt.

Das Sterben ist nebst der Geburt das einzige Gebiet der Medizin, das ausnahmslos jeden Menschen angeht und bei dem es sich um einen absolut natürlichen Prozess handelt, handeln sollte. Auch ohne Ärzte haben unsere Vorfahren Jahrtausende überlebt. Zwar mit kürzerer Lebenserwartung und medizinisch gesehen schlechter als heute. Jedenfalls ist das Sterben bis jetzt jedem früher oder später gelungen. Es müsste im ureigensten Interesse von uns allen liegen, mehr über einen guten Umgang mit dem Sterben zu lernen. Ich bin überzeugt davon, dass die Auseinandersetzung mit dem Sterben zu einem viel reicheren Leben und zu einem besseren Tod führen kann. Schliesslich ist der Ausbau der palliativen Medizin und Pflege unerlässlich. Sie ist ein zentrales Element für ein würdevolles Sterben und keineswegs aufwendiger als die von Aktivismus geprägte teure Maximalmedizin.

Gelassenheit und Akzeptanz

Zu Beginn des Artikels hatte ich mir ein Bild eines Sterbenden vorgestellt. Idealerweise würde dieses Bild anders aussehen: Die Zeit des Sterbens, die letzten Stunden und Minuten strahlen eine Art Gelassenheit und Akzeptanz aus. Was gesagt werden musste, wurde schon längst in aller Ruhe gesagt. Es herrscht keine Hektik, und es ist offensichtlich, dass keine heroischen medizinischen Massnahmen diesem Tod vorausgegangen sind. Das Bett ist zu Hause, im Spital, in einem Pflegeheim oder in einem Hospiz. Wichtig sind die Personen, die dem Patienten nahestehen. Diese sind beim Patienten oder in der Nähe. Womöglich ist der Patient sogar allein. Dieser Tod wäre ein Tod, so wie nicht nur ich ihn mir wünsche. Der Patient konnte nach einem - so hoffe ich - abgerundeten Leben - ruhig sterben. Der Tod ist fällig. Und: Der Tod ist kein Feind. Das Bild hiesse nicht mehr «Was ich noch sagen wollte», sondern würde in der Serie «Great Moments in Medicine» den Titel «Das gute Sterben» tragen.

ANZEIGE



Gross im Kleinen. Seit 1901.

★★★★ PARKHOTEL BELLEVUE & SPA | 3715 ADELBODEN
T+41 (0)33 673 80 00 | WWW.PARKHOTEL-BELLEVUE.CH