

Wenn das Pulver verschossen ist, was können wir dann noch bieten?

Keine Therapie – keine Hoffnung?

BASEL/RHEINFELDEN – Im Rahmen der Tagung Psychoonkologie an der Klinik Schützen fand ein Workshop mit Dr. Kathryn Schneider-Gurewitsch, Basel, mit dem Titel statt: «Wenn das Pulver verschossen ist». Im Anschluss daran hat sich die Referentin zu einem Interview über unseren Umgang mit dem Sterben und dem Tod bereit erklärt.



Im Interview:
Dr. Kathryn
Schneider-
Gurewitsch
Basel

Foto: Patrick Bernet

Der Tod als einzige Gewissheit im Leben eines Menschen hat in der modernen Gesellschaft keinen Platz – wie konnte es so weit kommen?

Dr. Schneider: Tatsächlich scheint es so zu sein. Früher war der Tod allgegenwärtig, er war Teil des Lebens in den Grossfamilien, viele Kinder starben und natürlich die älteren Menschen. Wenn jemand im Sterben lag, war das Sache der Familie. Die heutige Kleinfamilie ist jedoch überfordert, sie kann diese Begleitung todkranker Menschen nicht mehr leisten. Sei es wegen des Jobs, aus Platzgründen oder mit vielen anderen Begründungen. Und so ist der Tod aus dem Blickfeld verschwunden. Dementsprechend können wir nicht damit umgehen und haben das Sterben an Institutionen delegiert.

Wollen wir den Tod einfach nicht wahrhaben?

Dr. Schneider: Genau. Das geht so weit, dass Menschen im Extrem-

fall verfügen, man möge sie nach dem Tod kryokonservieren – in der Hoffnung, bei einer zukünftigen kurativen Therapie weiterleben zu können. Wir haben verlernt, dass die Endlichkeit etwas ist, was dem Leben Sinn geben und die Kreativität fördern kann. Denn wir sollten die Zeit und die Chancen nutzen, da wir beides nicht unendlich zur Verfügung haben.

Der Tod ist kein Thema, auch nicht im ärztlichen Gespräch?

Dr. Schneider: Die meisten Ärzte haben nicht gelernt, über die letzten Dinge zu reden. Entsprechend wird das Thema von vielen Kollegen verdrängt – «totgeschwiegen». Und wenn nicht, konzentrieren sie sich auf die rein somatischen Aspekte. Dabei wären sie die idealen Gesprächspartner. Sie können den Patienten Sicherheit geben, dass sie in jedem Fall für sie da sein und sie gut betreuen werden. Auch beim Sterben. Auch ohne heroische Massnahmen.

Warum sind Ärzte anfällig für den «Machbarkeitswahn»?

Dr. Schneider: Viele Ärzte sehen ihre vorrangige Aufgabe darin zu heilen und haben entsprechend Mühe, wenn jemand stirbt. Sie glauben, den Patienten Hoffnung geben zu müssen, gepaart mit der irrigen Meinung, nur eine Therapie könne Hoffnung vermitteln. Dabei sollten wir, wenn das Pulver verschossen ist, den Patienten die Hoffnung auf einen guten Tod geben. Nichts mehr tun zu können, wird als Eingeständnis des eigenen Versagens aufgefasst. Dazu passt auch, dass häufig die Prognose schöneredet wird, weil die Wahrheit unerträglich (für sich und andere) erscheint. Auf der an-

deren Seite sind es nicht selten die Angehörigen oder auch die Patienten selbst, die Druck machen, dass nichts unversucht gelassen wird.

Wo können Hausärzte ihre Aufgabe sehen, wenn ein Patient «aus-therapiert» entlassen wird?

Dr. Schneider: Hier kommt das Gespräch ins Spiel, auf das terminal Kranke und Angehörige mehr denn je angewiesen sind. Wenn man den therapeutischen Schlussstrich nicht zu ziehen in der Lage ist und den Patienten immer nochmals eine Therapie zumutet, nimmt man ihnen wertvolle Zeit für das wirklich Wichtige am Ende des Lebens. Wenn Patienten verstehen, worauf sie sich einlassen und dass therapeutische Bemühungen höchstens das Leiden verlängern würden, sind viele bereit, auf unnötige Therapien zu verzichten. Aber es kostet Zeit, um die Wünsche der Patienten kennenzulernen. Es taucht gleichzeitig die Frage auf, wer das bezahlen soll, denn hier läuft es nicht mehr im 10-Minuten-Takt. Trotzdem übernehmen Hausärzte diese Aufgabe und helfen so, dass Sterbenskranke in der verbleibenden Zeit letzte Dinge regeln und sich verabschieden können.

Sich der ärztlichen Sprachlosigkeit stellen – aber wie?

Dr. Schneider: Die Sprachlosigkeit und das emotionale Überfordern kompensieren viele Ärzte mit der Flucht in die Technik. Das führt auch dazu, dass in erkennbar aussichtslosen Situationen reanimiert wird. Gleichzeitig würden Ärzte dieses Vorgehen bei sich selbst weit von sich weisen. Es müsste daher gelingen, einen guten Tod als erstrebenswertes Outcome zu etablieren.



Foto: thinkstock

Wie kann man dem Aktionismus am Lebensende gegensteuern?

Dr. Schneider: Ein Weg wäre, das Tabu zu brechen und den Tod bereits in guten Zeiten anzusprechen, lange bevor sich das Ende abzeichnet. Das kann in der Familie, unter Freunden oder eben auch mit dem Hausarzt geschehen. Doch das ist nicht einfach. Trotzdem sollte man den Mut haben, ohne aktuellen Anlass dieses Thema aufzugreifen. Lehnt es der Patient ab, darüber zu sprechen – okay. Doch erstaunlich viele gehen dankbar auf diese «letzten Dinge» ein. Sie nehmen es als Denkanstoss, auch im Hinblick auf die Patientenverfügung, die ich sehr befürworte. Denn dann habe ich vorgesorgt für den Fall, dass ich mich nicht mehr äussern kann. Spätestens wenn ein Mensch terminal krank ist, sollte man über den Tod sprechen, um zu erfahren, was

ihm wichtig ist. Insbesondere sollte man an die Angst vor dem Sterben (weniger vor dem Tod) denken und die Angst, dass man den Menschen durch unnötige Massnahmen nicht sterben lässt.

Ein guter Tod, was kann man sich darunter vorstellen?

Dr. Schneider: Umfragen bei Sterbenden zeigen uns, dass eine gute Pflege, Schmerzfreiheit, ein vertrauensvolles Verhältnis zum Arzt und das Wissen, alles geregelt und Abschied genommen zu haben, die Grundvoraussetzungen für einen guten Tod darstellen. Ehrliche Informationen zur Prognose ermöglichen es den Patienten, ihre Zeit gut zu nutzen. Es geht nicht darum, wer länger lebt, sondern wer gut stirbt.

Besten Dank für das Gespräch!

Interview: Dr. Renate Weber

Schwere Komplikationen gibt es nur selten

Leber-Lebendspende scheint sicher zu sein

BALTIMORE – Bei jedem vierten Spender einer Leber kommt es kurz nach der Operation zu einer Komplikation, aber nur bei 5 % ist diese schwerwiegend. Das ergab eine aktuelle Studie.

Bisherige Untersuchungen zu Komplikationen nach Leber-Lebendspenden fanden nur in hoch spezialisierten Zentren statt. Um besser generalisieren zu können, hat ein amerikanisches Team frei zugängliche Daten landesweit gesammelt.

Ileus und Atelektasen sind häufigste Komplikationen

Von 555 Spendern, die 2783 Spender des gesamten Landes repräsentierten, erlitten 23 % mindestens eine Komplikation. Doch nur bei 5 % der Leberspender erfüllte diese die

Definition eines schweren Zwischenfalls, der eine zusätzliche medizinische Massnahme erforderlich machte – wie beispielsweise eine venöse Thrombose, eine Perforation oder ein biliäres Leck. Am häufigsten kam es zu einem nicht therapiebedürftigen Ileus (27 %) und zu Atelektasen (26 %). Ein Zusammenhang mit bestimmten Charakteristika von Patient oder Krankenhaus liess sich nicht herstellen.

Jegliche Komplikation führte zu einem längeren Krankenhausaufenthalt (Incidence Rate Ratio 1,36) und zu höheren Kosten (IRR 1,25). Insgesamt kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die gängigen Praktiken bei einer Leber-Lebendspende offenbar gut funktionieren. *abr*

Hall EC et al.
JAMA Surgery 2014; online first.

Amerikanische Forscher glauben, den Grund gefunden zu haben

Wie Sport vor Prostatakrebs schützt: Gefässdesign im Fokus

SAN DIEGO – Sportliche Männer haben beim Prostatakrebs Glück im Unglück: Sie erleiden weniger Rezidive und sterben seltener an ihrem Karzinom. Doch warum? Forscher aus den USA glauben nun, das Rätsel gelöst zu haben.

Neben Daten zum Nutzen körperlicher Bewegung bei Prostatakrebs liefern bisherige Studien auch Hinweise, dass regulär geformte Blutgefässe im Karzinom mit einer günstigeren Prognose einhergehen. Sollte beides zusammenhängen? Das Team um **Dr. Erin Van Blarigan** von der Universität von Kalifornien in San Francisco untersuchte diese Frage anhand der Health Professionals Follow-up Study, deren Teilnehmer alle zwei Jahre u.a. zur körperlichen Aktivität befragt werden.

In ihre Substudie schlossen die Wissenschaftler 572 Probanden mit Prostatakarzinom ein. Deren physische Aktivität inklusive Gehgeschwindigkeit in der Zeit vor der Malignomdiagnose schätzte man anhand der Fragebogen-Resultate ab. Die Form der Blutgefässe im Karzinom wurde mittels Biopsien analysiert. Als ideal galt eine Kreisform. Sie wurde mit einem Score von 1 bewertet, wobei die Punktzahl um so höher ausfiel, je irregulärer das «Gefässdesign» wirkte.

Schnelles Laufen sorgt für bessere Gefässstruktur

Bei der Auswertung zeigte sich, dass die Patientengruppe mit der schnellsten Laufgeschwindigkeit beim Walking (5,3–7,2 km/h) deutlich mehr regulär geformte Gefässe

in ihrem Tumor aufwies als das langsamste Kollektiv, das höchstens 4 km in der Stunde schaffte. Da eine regelmässige Gefässstruktur mit weniger aggressiven Tumorvarianten einhergeht, könnte dieser Unterschied erklären, warum sportliche Männer den Prostatakrebs weniger zu fürchten brauchen.

Ob allerdings tatsächlich ein Kausalzusammenhang zwischen sportlichem Lebensstil und Krebsprognose besteht, lässt sich nur mit einer randomisierten kontrollierten Studie beweisen, schränkte Dr. Van Blarigan ein. Interessant wäre ihrer Meinung nach darüber hinaus, ob sich eine entsprechende Assoziation auch bei Tumoren anderer Organe findet. *rft*

Kongress der American Association for Cancer Research