

Tagung Psychoonkologie

30. Januar 2014

Klinik Schützen

Diskussion: Wenn das Pulver verschossen ist

Dr. med. Kathryn Schneider-Gurewitsch

Bereits bevor das Pulver verschossen ist, das heisst, bevor man nach mehrfachen Therapieversuchen an den Punkt gelangt ist, an dem keine weiteren medizinischen Massnahmen Aussicht auf Erfolg versprechen, entscheiden Ärztinnen und Ärzte bei eigener Krankheit häufig ganz anders, als sie es ihren Patienten empfehlen, Warum muten wir den Patienten aggressivere Therapien zu? Warum hören wir nicht auf zu therapieren, wenn wir uns davon nichts mehr versprechen? Was können wir - ausser medizinischen Therapien - unseren Patienten bieten, um sie auf einen «guten Tod» vorzubereiten?

Der Artikel

How Doctors Die. It's Not Like the Rest of Us, But It Should Be. By Ken Murray.

November 30, 2011 by Ken Murray, MD auf der Webpage Zócalo Public Square löste in den USA eine breite Debatte zum Thema Sterben aus. Man fragte sich, vor allem, weshalb Ärzte am Lebensende ihren Patienten Massnahmen zumuten, die sie für sich selbst nicht selber wählen würden. In unzähligen Bloggs sind Tausende Kommentare nachzulesen. Mehrheitlich positive Reaktionen, sehr viele persönliche Erfahrungen zu unwürdigen Szenen am Lebensende, als den Patienten aggressive, lebensverlängernde Therapien aufgezwungen wurden, auch gegen vorliegende Patientenverfügungen oder Vorbehalte von Angehörigen. Der Artikel wurde auch vielerorts nachgedruckt, so auch in der **Wall Street Journal in einer gekürzten Fassung** (February 25, 2012: Why Doctors Die Differently. Careers in medicine have taught them the limits of treatment and the need to plan. In einem Nachfolgeartikel liefert Murray zusätzliche Argumente: **Doctors Really Do Die Differently. Research Says That More Physicians Plan Ahead, Reject CPR, and Die In Peace.** Ken Murray|July 23, 2012. zócalo.

Weitere Literaturempfehlungen:

Physicians Recommend Different Treatments for Patients Than They Would Choose for Themselves.

Peter A. Ubel, MD; Andrea M. Angott, PhD; Brian J. Zikmund-Fisher, PhD. *Arch Intern Med.*

2011;171(7):630-634. doi:10.1001/archinternmed.2011.91.

Life-Sustaining Treatments: What Do Physicians Want and Do They Express Their Wishes to Others?

Joseph J. Gallo MD, MPH. *Journal of the American Geriatrics Society.* Volume 51, Issue 7, pages 961-969, July 2003.

How Do Physicians and Non-Physicians Want to Die? by Lisa Wade, PhD, Dec 31, 2013, Sociological Images.

How Doctors Die: Showing Others the Way, New York Times, By DAN GORENSTEIN. Published: November 19, 2013

Cardiopulmonary Resuscitation on Television — Miracles and Misinformation. Susan J. Diem, M.D., M.P.H., John D. Lantos, M.D., and James A. Tulsky, M.D.. *N Engl J Med* 1996; 334:1578-1582. June 13, 1996

Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit. Giovanni Maio. als Herausgeber.:Herder Verlag, Freiburg/Basel/Wien 2011, ISBN 978-3-451-30461-3.

Gutes Sterben erfordert mehr als die Respektierung der Autonomie. Giovanni Maio.:Deutsche Zeitschrift für Onkologie 2011;41:129 132

Perspectives on Human Dignity: A Conversation, 199-207. © Springer 2007. Nicholas Christakis in: J. Malpas and N. Ltzkiss (eds)

Predicting survival in patients with advanced disease Paul Glare and Nicholas Christakis. Aus: OXFORD TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE. October 2004.

A systemic review of physicians', survival predictions in terminally ill cancer patients. Paul Glare et al. British Medical Journal BMJ 32003; 327; 195-

The Role of Prognosis in Clinical Decision Making. By Nicholas Christakis et al. Journal of General Internal Medicine 11(7): 422-425 (July 1996) MS#025.

What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: qualitative study. Suzanne Audrey. BMJ 2008;337: a 752.

Letting Go. What should Medicine do when it can't save your life? By Atul Gawande. New Yorker, August 2, 2010. Hier zitiert Gawande unter anderem Studien von Nicholas Christakis zu ärztlichen Prognosen und den Gründen für häufige Fehleinschätzungen.

Avoidable Ignorance Patient Decision Aids and Shared Decision Making Shannon Brownlee, MS, & Vanessa Hurley, MPH. New America Foundation Health Policy Program Ben Moulton, JD. Informed Medical Decisions Foundation. December 2012.

Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice Glyn Elwyn, PhD, Dominick Frosch, PhD, and Michael Barry, MD. Gen Intern Medicine. 2012 October. 27(10):1361-1367.

Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Arch Intern Med. 2009 Mar 9;169(5):480-8. doi: 10.1001/archinternmed.2008.587

Palliative Care oder Exit? Heike Gudat. PromaryCare 2012;12: Nr.19.

Vom Umgang mit den Sterbewünschen: „Ich möchte sterben“ heisst nicht „Ich will mich umbringen“. Daniel Grob, Dr.med., MHA. SAEZ. 2012;93:13

Lebens- und Sterbewünsche bei unheilbarer Krankheit. Roland Kunz. Dr. med. SAEZ. 2012;93:18.

„May Doctors Help You Die?“ von Marcia Angell. The New York Times. October 11, 2012.

Innovations in End-of-Life Care. Refraining Hope: Meaning-Centered Care for Patients Near the End of Life: An Interview with William Breitbart, MD. © 2003 Education Development Center, Inc. Innovations in End-of-Life Care, November-December 2002, Vol. 4, No. 6. www.edc.org/lastacts.

In die Sonne schauen. Irvin D. Yalom Erstmals 2008 auf Englisch erschienen: Staring at the Sun. Overcoming the Terror of Death“. Verlag: Jossey-Bass.

Final Gifts

Understanding the Special Awareness, Needs of the Dying. Maggie Callanan and Patricia Kelley. Auf Deutsch: *Mit Würde aus dem Leben gehen.*

Dieser Workshop soll zur **Selbstreflexion** bei uns Ärzten anregen:

Unser Umgang mit uns selbst

- Was verstehe ich selbst unter einem guten Tod?
- Habe ich mir schon Gedanken gemacht, wie ich dannzumal selbst sterben möchte? Wenn JA: Habe ich mit meiner Familie und mit meiner Ärztin oder meinem Hausarzt darüber gesprochen?
- Wie stehe ich zu lebensverlängernden Massnahmen am Lebensende?
- Wie steht es mit der Patientenverfügung? Habe ich eine? Wenn JA: Warum? Was will ich damit zum Ausdruck bringen?
- Habe ich Vorbehalte gegenüber der Patientenverfügung?
- Ist die Patientenverfügung für mich eine Vorstufe zum assistierten Suizid? Wenn ja, warum?

Unser Umgang mit unseren Patienten

- Sehe ich mich als Spezialisten/-in für das „gute Gelingen“, auch wenn es ums Sterben geht? Wenn JA, was verstehe ich darunter?
- Weiss ich, was sich Patienten unter einem guten Tod vorstellen?
- Wie handhabe ich das Thema der Endlichkeit in meiner Praxis?
- Spreche ich das Thema bereits in guten Zeiten an? Wie?
- Mache ich ein Angebot an meine Patienten über ihre allfälligen Wünsche zu reden?
- Spreche ich das Thema der Patientenverfügung an?
- Weiss ich woher meine Patienten ihre medizinischen Informationen beziehen?
- Bin ich vertraut mit dem Konzept des „Shared decision making“?
- Vergewissere ich mich, dass meine Patienten mich verstanden haben?
- Bespreche ich mit meinen Patienten mögliche Optionen? Nehme ich mir dazu genügend Zeit? Was ist mit der Option NICHTS zu tun, ausser für optimale Pflege und Symptombekämpfung zu sorgen? Ist „Advanced care planning“ Teil vom Programm?
- Bedeutet für mich THERAPIE = Hoffnung / KEINE THERAPIE = KEINE HOFFNUNG?
- Habe ich schon wissentlich meinen Patienten gegenüber zu optimistische Prognosen gestellt. Wenn JA, warum?
- Nehme ich die Ängste und Befürchtungen der Patienten wahr?
- Würde ich einen Patienten weiter behandeln, auch wenn ich überhaupt nicht an den Erfolg der Massnahmen glaube? Wenn JA, warum?
- Ist für mich der Tod eines Patienten ein Misserfolg?
- Glaube ich, dass es meine Aufgabe als Arzt in jedem Fall ist, für das Leben zu kämpfen?
- Habe ich schon Mal den Gedanken gehabt, dass ich womöglich durch meine Entscheidungen nicht das Leben, sondern das Leiden und das Sterben verlängere?
- Was können wir unseren Patienten bieten, wenn „das Pulver verschossen“ ist?
- Habe ich mich mit den spirituellen Bedürfnissen meiner Patienten auseinander gesetzt?

- Wie gehe ich um mit Sterbewünschen von Patienten um?

Und, falls die Hypothese stimmen sollte:

Warum entscheiden wir uns mehrheitlich gegen „heroische“ Massnahmen, wenn es um uns selbst geht?

- Sind es unsere Erfahrungen, die uns dazu bewegen, auf viele Massnahmen zu verzichten?

Warum empfehlen wir unseren Patienten oft lebensverlängernde Massnahmen, die wir selbst nicht wollen?

- Liegt es an der **Erwartungshaltung** der PatientInnen. Am Glauben an eine allmächtige, technologisierte Medizin, die einfach alles kann? Liegt es an den Hoffnungen in der Öffentlichkeit, dass die moderne Medizin den Tod besiegen wird?
- Liegt es daran, dass wir ein **Kommunikationsproblem** haben, wenn „das Pulver verschossen“ ist? Glauben wir, nichts mehr anbieten zu können? Warum? Haben wir nicht sehr Wichtiges, gerade in dieser Situation anzubieten?
- Haben wir **Angst vor den Familien der Angehörigen**?
- Haben wir **Angst vor Haftpflichtfällen**?
- Liegt es am System? Einem System, das selbst von einer Mengenausweitung an Behandlungen profitiert?

Wie bei allem sei hier ausdrücklich vor Verallgemeinerungen gewarnt. Jede Patientin, jeder Patient ist einmalig. Bedürfnisse sind **verschieden**.

Wenn es ums Sterben geht, glaube ich, dass wir uns heute viel mehr um den Schutz unserer Patienten vor sinnlosen Massnahmen am Lebensende kümmern müssten. Der beste Weg dazu ist, in guten Zeiten mit unseren Patienten über die Optionen zu sprechen. Wir sollten uns im Laufe der Jahre regelmässig wieder mit den Patienten darüber unterhalten. Mit zunehmender Lebenserfahrung und mit dem Alter ändern sich die Meinungen und es sind bei jungen Patienten andere Massnahmen sinnvoll als im hohen Alter.

Durch das neue Erwachsenenschutzrecht sind seit Januar 2013 Patientenverfügungen rechts-verbindlich und zwar auch dann, wenn sie nicht im Einklang mit der „objektiv-wissenschaftlichen Vernünftigkeit“ steht. Eine Patientenverfügung ist gleich bedeutend wie eine „Jetzt-für-jetzt“ Erklärung. Patientenverfügungen bringen Klarheit und entlasten sowohl die Familienangehörige und die Ärzte, wenn es um wichtige Entscheidungen geht. So können auch unwürdige Streitereien unter Angehörigen am Sterbebett vermieden werden.