

„Austherapiert?“

26. 2.2016 Kamingespräch hospiz-initiative kiel

Dr. med. Andreas Grüneisen, Berlin

Es ist heute Allgemeingut, Patienten über die Diagnose auch einer unheilbaren Krankheit aufzuklären und das stellt für die Ärzte im Gegensatz zu meinen Berufs-Anfangsjahren keine unüberwindbare Hürde mehr dar, wenn auch die Empathie, da meist nicht gelernt, immer wieder auf der Strecke zu bleiben droht. Ein wichtiger Grund ist, dass wir heute viele Therapie-Möglichkeiten haben, die es noch vor wenigen Jahren nicht gab, wodurch Krebs wenn nicht geheilt, so doch oft über längere Zeit aufgehalten werden kann. Dadurch wird die Diagnose „Krebs“ nicht mehr von vornherein mit dem nahen Tod assoziiert. Immer wieder lesen wir in der Presse, dass dieser oder jener seinen Krebs „besiegt“ hat – so wie zuletzt Guido Westerwelle – gleich, ob das der Realität entspricht: es macht Mut und nimmt der Krankheit ein wenig von ihrem Schrecken.

Dennoch sind solche Gespräche „schwierig“ und emotional aufgeladen. Das betrifft die Aufklärung über eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung ebenso wie über eine eingreifende Tumortherapie. Besonders schwierig wird das Gespräch über ausbleibenden Therapie-Erfolg, fortschreitende Erkrankung und begrenzte Lebenszeit, handelt es sich hier doch um das existentielle Thema „Leben und Tod“ und damit verbunden um Bedrohung, Kontrollverlust und Ohnmacht.¹

Wenn wir uns dieser Situation annähern, so müssen wir die verschiedenen Akteure betrachten, die sich darin bewegen müssen.

Da ist zunächst der **Arzt**:

Er muss den Spagat aushalten zwischen sachlich medizinischer Informationsvermittlung und der emotionalen Verunsicherung sowohl des Patienten als auch seiner selbst.

Bei diesem Überbringen schwieriger Nachrichten ist eine eigene emotionale Beteiligung unvermeidlich. Es kommen dann nicht nur Erinnerungen an andere Krankengeschichten aus der eigenen Erfahrung in den Blick, auch das Bemühen, wahrhaftig zu sein und mit Statistiken und Überlebenszeiten die Situation zu erklären und greifbar zu machen, greift oft zu kurz, da die Dimension der Bedrohung des Patienten nicht mitgedacht wird und so notwendigerweise seine Bedürfnisse aus dem Blick geraten. Schon unser erster Satz kann Panik auslösen und damit weiteres Zuhören blockieren!

In der Regel ist der Arzt in solchem Gespräch der mit den deutlich überwiegenden Gesprächsanteilen - der Patient hört zu. Und häufig läuft das „Gespräch“ dann so ab, dass, bevor der Patient sein Entsetzen und seine Angst überhaupt äußern kann, der Doktor im Bemühen, das schwarze Loch, das der Patient jetzt vor sich sieht, zu überbrücken und eine schnelle positive und

beruhigende Wendung zu erreichen, schon im nächsten Satz eine Therapie ins Gespräch bringt, spätestens aber dann, wenn der Patient fragt: „Was nun?“ Die wird das Leben zumindest verlängern, wenn sie die Krankheit nicht sogar ganz besiegen kann. Und dann ist erst einmal für beide Seiten die Situation entspannt, es besteht wieder Hoffnung und die Krise ist zwar nicht bewältigt, aber zur Seite gelegt.

Dieser Ablauf kommt nicht nur dem Patienten, sondern auch dem Arzt entgegen: Wir sind als Ärzte dafür da, etwas zu **machen**, das erwarten die Patienten, das erwarten die Angehörigen und das erwarten wir auch selbst von uns. Und diese gelernte und gut funktionierende Reaktion auf die vielleicht sogar nur unausgesprochene Anforderung wiederholt sich bei neuen schwierigen Situationen: Es kommt der Rückfall der Erkrankung – und wir reagieren erneut: **wir machen was** – denn es gibt ja genug Medikamente, die noch nicht verabreicht wurden, und der Patient will „natürlich“, dass wieder was „gemacht“ wird - wozu kommt er sonst überhaupt zu uns – die Angehörigen sowieso; also wird die „second-line-Therapie“ begonnen.

Was aber nimmt der **Patient** wahr, wenn er über eine unheilbare Krankheit informiert wird?

Eine Untersuchung an über 1000 Patienten, die wegen metastasiertem Lungen- oder Darmkrebs chemotherapiert wurden, zeigte, dass sie in über 70% der Fälle glaubten, die Krankheit sei nach wie vor heilbar – und gerade diese Patienten gaben an, ein besonders gutes Verhältnis zu ihrem Arzt zu haben.² Heißt das, dass sie ihren Ärzten nicht zugehört hatten – oder dass diese ihnen die Lage nicht klar genug geschildert hatten? Jedenfalls war in vielen Gesprächen etwas falsch gelaufen – ist doch der informierte Patient unser Ziel – oder ist es uns Ärzten ganz recht, wenn der Patient das alles gar nicht so genau versteht – dann stellt er nicht so unangenehme Fragen?

Für den Patienten stellt sich die Situation also ganz ähnlich dar: Solange er „aktive“ Therapie bekommt, kann er sich leichter an der bedrohlichen Realität gedanklich vorbeimanövrieren, die Hoffnung besteht, dass es doch noch weiter geht, wenigstens ein Weilchen. Selbst wenn begriffen wird, dass Krankheit nicht mehr heilbar ist, sind die Zeitvorstellungen vieler Patienten ganz unrealistisch – wenn die Ärzte an 2-3 Jahre denken, glauben die Patienten an 10!

Und dann kommt der Moment, in dem der Doktor sagt, dass er mit „heilender“, also „kurativer“ Therapie aufhören will, weil er nichts mehr „zu bieten“ hat? Dass er sich „nur noch“ auf Schmerzbekämpfung und andere „Ersatzmaßnahmen“ beschränken will? Das kann doch nicht sein! **Hoffnung ist doch mit Therapie verknüpft**. Die Medizin ist doch so weit fortgeschritten – es **muss** doch ein Mittel geben? Und meist gibt es ja auch noch ein Mittel, wie gut!

Und so einigt man sich schnell auf neue Behandlung. Damit wird die direkt vorher gegebene Information über die prekäre Situation weitgehend entschärft, sie kann negiert, ja vielleicht sogar vergessen werden – und man wandert von einer Therapie zur nächsten, erträgt tapfer die Nebenwirkungen, ist ständig zu irgendwelchen Kontrollen beim Doktor und hofft.

Diese hilft nun vielleicht, vielleicht auch nicht – und wenn ja, dann sicher nicht mehr so sehr lange – und was dann? Na da haben wir noch mehrere Optionen für eine Dritt-Behandlung, eventuell sogar auch danach noch eine weitere; es gibt immer noch neue Medikamente, die der Patient noch nicht bekommen hat – zwischendurch kann man vielleicht auch noch bestrahlen – oder es gibt noch eine Studie mit einem ganz neuen Medikament, von dem man sich Wunderdinge erwartet? Der Möglichkeiten sind viele. In der Zwischenzeit geht es dem Patienten immer schlechter, er nimmt Gewicht ab, er hat Schmerzen – ein Grund, auch jetzt noch eine neue Therapie zu erwägen – denn sie könnte ja im besten Fall die Schmerzen bekämpfen? Schließlich stirbt der Patient, wenn nicht unter der letzten Chemotherapie, so doch kurz danach. Untersuchungen zeigen, dass mehr als $\frac{1}{4}$ von Krebspatienten im letzten Monat ihres Lebens eine neue Chemotherapie begannen, und bis zu $\frac{1}{3}$ noch 2 Wochen vor ihrem Tod Chemotherapie bekommen haben – zu einem Zeitpunkt, an dem jedem klar sein musste, dass keine Therapie der Welt das Schicksal des Patienten noch würde positiv beeinflussen können.³

Wenn man die Ärzte dann befragt, warum sie nicht viel früher solche Behandlungen beendet oder gar nicht erst begonnen haben, so bekommt man häufig zur Antwort: „*Der Patient wollte es so*“. In der Tat gibt es Untersuchungen, nach denen Patienten erklären: Selbst wenn es nur eine 1%-ige Chance gibt, dass sie von einer Behandlung profitieren, würden sie eine solche Behandlung durchführen lassen, ungeachtet möglicher Nebenwirkungen; und selbst eine einzige Woche an Überlebensgewinn sei es wert, eine auch toxische Therapie zu ertragen.³ Die befürchtete Hoffnungslosigkeit eines Lebens ohne kausale Therapie, „nur noch“ mit symptomatischer Behandlung scheint viel schrecklicher. Bei den Angehörigen ist die Sache noch komplizierter: Welcher Partner will sich denn sagen lassen, er habe für seinen Vater/Ehemann usw. nicht das Beste versucht? Wer möchte denn „schuld“ sein am früheren Sterben des Liebsten – wenn es doch noch „Möglichkeiten“ gegeben hätte, das Unabwendbare hinauszuschieben? So raten sie in aller Regel im Zweifel zu einer Therapie, wenn der Kranke sich mit ihnen berät.

Und so ist man sich immer wieder einig, dass die Entscheidung für eine Behandlung in allseitigem Konsens und zum Besten des Patienten getroffen wurde.

Und dann kommt es zu den oben geschilderten Automatismen und zu Krankheitsverläufen, die keiner wirklich so wollte und im Verlauf derer man oft genau dort endet, wo man nicht enden wollte, nämlich auf Intensivstation mit allen Segnungen unserer Hochleistungsmedizin.

Wo ist also der Moment, in dem man innehalten muss und fragen, ob dieser Weg von Therapie zu Therapie wirklich der einzig gangbare ist?

Ich denke, dieser Moment kann nicht früh genug kommen – denn ständiges Kommunizieren ist vom ersten Tag an notwendig – und das nicht nur über Blut- und Röntgenbefunde und Therapien, so wichtig solche Themen auch sein mögen.

Der Palliativmediziner G. Borasio sagt: ⁴ „Sprechende Medizin“, wie sie heutzutage immer wieder eingefordert wird, ist in dieser Situation nicht ausreichend. Es ist zwar gut, wenn Ärzte überhaupt mit ihren Patienten reden und sich nicht hinter dem Rezeptblock verkriechen, aber in dieser Situation sprechen sie in der Regel sowieso zu viel. Eine **hörende** Medizin wäre viel wichtiger, nämlich hinzuhören, wo der Patient steht, was seine Fragen, seine Unsicherheiten, seine Ängste sind. Und weil diese Fragen und Ängste ab dem ersten Tag einer „Krankheitskarriere“ bestehen, kann Palliativmedizin nicht früh genug einsetzen. Denn sie bedeutet:

- nicht nur nach Zeitdauer fragen, sondern ebenso nach Lebensqualität
- das Gefühl des Allein-Gelassen-Werdens überwinden
- Hoffnung auch auf andere Ziele richten als nur auf Überlebenszeit und Therapie

Zwar kann es zunächst erschrecken, wenn der Arzt vor Beginn jeglicher Behandlung vorschlägt, Palliativ-Versorgung mit in den Behandlungsplan einzubeziehen – denn das riecht doch sehr nach „keine Chance“ und „Sterben“. Aber es gibt eine inzwischen viel zitierte Untersuchung, dass Palliativ-Versorgung, wenn sie frühzeitig einsetzt, nicht nur das Leben erleichtert, sondern sogar lebensverlängernd wirken kann. So wurde Lungenkrebs-Patienten neben der Chemotherapie von Beginn an eine Palliative-Care angeboten; d.h. bereits bei Beginn der Therapie wurde ein Kontakt zum Palliativ-Team geknüpft, regelmäßige Besuche durch ein Team-Mitglied fanden statt und je nach den Beschwerden und Bedürfnissen der Patienten wurde helfend eingegriffen. Es war also von vornherein das Augenmerk von Patient und betreuendem Team nicht **nur** auf Überleben und Wirkung von dieser oder jener Therapie gerichtet, sondern auch auf die **Qualität** des Lebens unter der Therapie. Im Vergleich zu Patienten, die dieses Angebot nicht bekamen, litten sie seltener an Depressionen, hatten eine bessere Lebensqualität, bekamen seltener am Lebensende noch aggressive Therapie und lebten dennoch durchschnittlich drei Monate länger.^{5,6}

Ebenso wichtig wie der „Therapie-Joker“ scheint es, gemeinsam mit dem Patienten herauszubekommen, wo er selber steht. Denn unsere Empfehlungen, wie es weitergehen kann, können sich doch nur im Kontext der Wünsche und Bedenken des Patienten auswirken. Wir Menschen sind alle verschieden und unser Umgang mit Tod und Sterben ist ebenso verschieden. Da gibt es die, die autonom alles selber entscheiden wollen, ebenso wie die, die alles dem Arzt überlassen – die meisten aber stehen irgendwo dazwischen; und das müssen wir erfragen, denn ansehen kann man es den Menschen nicht.

Es ist also wesentlich, zu erfahren:

Was ist das Hauptproblem des Patienten?

Was bedeutet die aktuelle Situation für sein persönliches/soziales Leben?

Wie kommt meine Information bei ihm an?

Wie weit möchte er an der Entscheidung über den weiteren Weg beteiligt sein?

Worauf richtet sich **jetzt** seine Hoffnung?

- besonders die Ausrichtung von Hoffnung ändert sich im Verlauf einer Erkrankung immer wieder.

All diese Fragen können natürlich auf eine neue Therapie hinauslaufen – müssen aber nicht!

Dafür aber braucht man Zeit und Kompetenz.

Zeit ist heute Mangelware und die entsprechenden Gespräche leiden in erster Linie unter Zeitmangel. Und so ist es für den „mündigen“ Patienten besonders wichtig, sich die Zeit vom Arzt einzufordern. Zahlreiche Punkte soll der Patient bedenken und um sie bitten: (nach ⁴)

- überlegen, ob eine Begleitperson anwesend sein soll
- Fragen vorher notieren
- Abgeschirmter Ort – ohne Störung durch Funkgerät
- Beginn mit der eigenen Erzählung über den Wissensstand
- Benennen von eigenen Ängsten, Hoffnungen, Befürchtungen
- Nachfragen, wenn man etwas nicht verstanden hat
- Antworten notieren
- Therapievorschlag hinterfragen
- Nichtmedizinische Hilfen abfragen
- Neuen Termin vereinbaren

Dies setzt allerdings den „abgeklärten“ und selbstbewussten Patienten voraus, den wir als Gesunde uns gern wünschen; der Patient ist aber häufig nicht dazu in der Lage. Und deshalb muss auch der Arzt diese Punkte kennen und sie ermöglichen, wenn der Patient das nicht schafft.

Und dann die Frage: wer ist für den Inhalt eines solchen Gesprächs „verantwortlich“? Wer gibt die Themen vor? Bei den medizinischen/physischen Themen sind fast alle Patienten bereit, diese von sich aus anzusprechen. Aber bei emotionalen oder Partner-Problemen würde ein Viertel der Patienten es

vorziehen, wenn das Thema vom Arzt angesprochen würde, während 20% das Thema ganz vermeiden würden. Gleichermaßen halten Ärzte es natürlich für ihre Aufgabe, klinische Beschwerden und Symptome zu erfragen, viel seltener psychologische oder emotionale Probleme. Beide erwarten im Zweifelsfall ein Signal des jeweils anderen, das Thema anzusprechen – und so unterbleiben häufig solche Gespräche ganz.⁷

In einer Aufklärungs-Gesprächs-Nachfrage fühlte sich die Mehrzahl der Patienten gut aufgeklärt, aber:

- nur wenige fanden die Aufklärung als solches das wichtigste, während viel mehr die Lebenserwartung und Prognose besprechen wollten (und nur ein Viertel der Ärzte das auch tat)
- die meisten wollten die Auswirkungen der Diagnose auf ihr normales Leben besprechen (nur die Hälfte hatte die Chance dazu)
- die Ärzte sprachen die meiste Zeit selbst!

Solche Gespräche setzen sowohl Arzt als auch Patient unter großen emotionalen Druck, während aber der Druck für den Arzt nach Ende des Gesprächs schnell weicht, fängt für den Patienten es erst richtig an „schlimm zu werden“ wenn das Gespräch zu Ende ist und er mit seinen Ängsten wieder allein gelassen ist. Oft bleibt von dem Gespräch in erster Linie eine große Verunsicherung und ein Gefühlschaos, anstatt der erwarteten Klärung. Dann geht er zu der nächstbesten Krankenschwester und fragt sie nach ihrer Meinung – und wehe, diese weiß nichts von dem Inhalt und der Zielrichtung des Gesprächs! Dann wird sie ausweichen und lieber nichts sagen und das wiederum wird den Patienten zusätzlich verängstigen und verunsichern. Deshalb ist gleicher Informationsstand für das gesamte Team zwingend notwendig. Das betrifft natürlich auch den Austausch der verschiedenen beteiligten Ärzte untereinander, der nicht nur die Information untereinander, sondern auch die unterschiedliche Einschätzung der Situation betreffen kann.

Dann kommen die **Angehörigen**. Sie sind so wichtig – als Partner für den Patienten ebenso wie für den Arzt. Aber die Realität sieht oft anders aus: Nun hat der Arzt sich doch extra Zeit genommen und „alles“ mit dem Patienten schon besprochen, das war schon schwer genug, und nun soll er wieder von vorn anfangen? Und natürlich sind sie betroffen, beunruhigt, ängstlich. Aber dabei bleibt es nicht – sie sind beteiligt und werden selbst aktiv. Da sind sie oft fordernd, vereinnahmend, sie wollen alles genau wissen, sie wollen, dass alles getan wird, sie verlangen zum Beispiel, dass Patienten über den Ernst ihrer Situation nicht aufgeklärt werden sollen, weil sie fürchten, dass der Patient (oder auch sie selber) das „nicht ertragen“ können – ein ganzes Bündel von Problemen bringen sie mit:

- die Konspiration des Schweigens, (alle wissen Bescheid, nur der Patient wird nicht einbezogen)
- die Verleugnung der Situation, (die Familie will den Ernst der Lage nicht wahrnehmen – oder der Patient will die Bedrohung nicht sehen)
- innerfamiliäre Konflikte – (ein Sohn sagt so, der andere so – und sie zerstreiten sich)
- Konflikte mit dem Arzt (nach ⁴)

Und: 2/3 aller Patienten sind bereit, eine Behandlung zu machen, die sie selber ablehnen – wenn die Angehörigen das wünschen! ⁸

Eine Kollegin sagt: „Wenn Angehörige z.B. sagen: "tun Sie alles" antworte ich manchmal: „Ich merke, Sie machen sich große Sorge um Ihren z.B. Mann und fürchten, dass irgendetwas verpasst werden könnte, das kann ich gut verstehen, lassen Sie uns gemeinsam besprechen, was für Ihn in dieser Situation das Wichtigste ist...“ . Dadurch erzeugt man Verbundenheit in der gemeinsamen Aufgabe.

Keineswegs darf man diese Fürsorge mit Paternalismus/Bevormundung verwechseln. Fürsorge besteht nicht darin, einem Menschen seine Entscheidung abzunehmen, sondern ihm zu helfen, die in seiner konkreten Situation für ihn angemessene Entscheidung selbst zu fällen. Wünsche von Patienten sind immer wieder für uns schwer nachvollziehbar, manchmal „unvernünftig“ und widersprechen unseren eigenen Vorstellungen. Das müssen wir aushalten.

G. Borasio sagt. „Die wichtigste Möglichkeit, Fürsorge in der Praxis auszuüben, liegt in der Aufklärung“. Das geht weit über die Mitteilung der Diagnose hinaus, betrifft Chancen und Risiken der Therapien und spart auch die schwierige Frage nach der Prognose nicht aus. Wie soll der Patient eine selbstbestimmte Entscheidung fällen, wenn ihm die Grundlagen und Fakten, die dafür notwendig sind, vorenthalten werden? Diese Information setzt aber eine Souveränität voraus, die Ärzte auch heute oft nicht haben. Aufklärung ist – wie ausgeführt - auch für Ärzte angstbesetzt und setzt sie unter Stress. Wenn der Arzt aber das nicht leisten kann, sind die anderen Team-Mitglieder auch nicht in der Lage, das aufzufangen.

Ganz unmöglich ist es, dem Patienten die verschiedenen Optionen aufzuzählen und dann zu sagen: wählen Sie! Die Ärzte kennen die Verläufe der Krankheit, sie wissen am besten um die Nebenwirkungen, die zu erwarten sind. Da gibt es die Tumoren, bei denen mehrfache Therapie die Krankheit immer wieder aufhalten oder bessern kann – und die anderen, bei denen das nicht möglich ist. Das muss in die Beratung wesentlich mit einfließen - und die Ärzte dürfen sich nicht mit dem Satz: „der Patient wollte das so“, um diese ihre Verantwortung herumdrücken. Denn es ist natürlich ganz wesentlich, WIE sie nach dem Versagen einer Behandlung die Chancen einer möglichen Zweitbehandlung

beurteilen und WIE sie das dem Patienten nahebringen. Wenn ich lediglich sage: „O.K., das Medikament, das sie die letzten Monate bekommen haben, funktioniert nicht mehr, aber wir haben da noch mehrere andere, die wir einsetzen können“ (ohne zu erklären, was wir denn mit dem neuen Präparat und für wie lange erreichen können), dann wird jeder vernünftig denkende Kranke sagen: „Mach mal, Doktor“.

Erschwerend kommt hinzu, dass unsere Objektivität als Ärzte auch durch eigene Wünsche und Projektionen eingeschränkt ist: Es gibt eine Untersuchung, die zeigt, dass etwa 2/3 der Ärzte die Prognose ihrer Patienten zu hoch einschätzte – und zwar umso mehr, je besser sie die Patienten kannten.⁸

Aber all unser Fachwissen bleibt Stückwerk, wenn wir Ärzte nicht zu verstehen versuchen, wo der Patient selbst steht, was seine Ängste und Erwartungen sind, wie er sich seine verbleibende Zeit vorstellen kann und erst dann die eigene Einschätzung mit ihm teilen – manche Situation und Entscheidung sieht dann anders aus.

Patienten äußern oft, dass wichtiger als die „einfache Lebensverlängerung“ für sie ist:

- Keine Schmerzen zu haben
- geistig wach zu bleiben
- die Verbindung mit Angehörigen und Freunden aufrecht erhalten zu können
- Anderen nicht zur Last zu fallen.⁸

Das setzt aber – wie schon erwähnt - voraus, dass der Arzt eine realistische Einschätzung der Chancen hat, die jegliche Dritt- oder Viert-Linien-Therapie hat – auch jenseits von medizinischen Leitlinien. Im letzten Jahr ist eine Arbeit veröffentlicht worden, die nahelegt, dass z.B. bei Lungenkrebspatienten eine Lebensverlängerung durch Dritt-Therapie kaum zu erwarten ist und die Lebensqualität besonders für Patienten in relativ gutem Allgemeinzustand eher schlechter als besser wird. Dabei sind das die Patienten, für die seitens der Fachgremien eine Fortsetzung von Chemotherapien besonders nahegelegt wird.⁹ Es nützt halt nicht viel, wenn der Arzt dem Patienten unter einer nebenwirkungsreichen Behandlung mitteilen kann, im CT sei sein Tumor aber ein Stückchen kleiner geworden – wenn der Patient davon gar nichts merkt, statt dessen aber unter den Nebenwirkungen leidet.

Also Therapie nur zum Erhalt einer irrationalen Hoffnung?

Die gedankliche Gleichsetzung von Hoffnung und Therapie ist wohl ein wesentlicher Faktor für die Entscheidung von Patienten für solche Behandlungen. Denn Hoffnung ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Lebens – niemand kann ohne Hoffnung leben – aber es ist ein Unterschied, ob Hoffnung

ausschließlich mit der möglichen Verlängerung des eigenen Lebens verknüpft ist oder darüber hinaus auch andere Aspekte in den Blick kommen.

Die Metapher vom „Kampf“ gegen die Krankheit trägt zusätzlich zur Erhöhung des Drucks bei – denn ein Verzicht auf Chemotherapie in der Endphase einer Krebserkrankung muss dann gleichgesetzt werden mit „Aufgeben“ und „Verlieren“ des Kampfes. Und diese Hürde ist kaum überwindbar.

Da hilft es auch gar nichts, wenn wir den Patienten sagen: „Wenn Sie wollen, können wir jederzeit mit der Behandlung aufhören“ – und stehlen uns damit aus der Verantwortung für unsere Ratschläge – als ob die Patienten oder ihre Familie das wirklich könnten! Haben sie doch beschlossen zu kämpfen – und jetzt auf einmal aufgeben? So ein Entschluss kann nur das Ende eines begleiteten und gemeinsamen Prozesses sein und nicht aus der Situation heraus gefällt werden.

Dennoch ist es notwendig, die Problematik immer und immer wieder anzugehen und mit dem Patienten im Gespräch zu bleiben.

Und zu klären: was sind die größten Ängste?

Was willst Du in dem verbleibenden Leben noch erreichen?

Was ist am wichtigsten?

Worauf kannst Du verzichten und worauf auf keinen Fall?⁸

Das heißt: Wir Ärzte können uns nicht aus der Situation heraus manövrieren, wir sind mitten drin. Es ist nicht genug, nur die Fakten zu erklären und dann zu sagen: Sie sind ein mündiger Patient, was meinen Sie sollen wir tun? Das überfordert die meisten völlig, die am Ende solcher Gespräche oft fragen: nun haben Sie mir das alles so schön erklärt, Doktor: und was soll ich nun machen? Unser Problem als Ärzte ist aber dabei, dass wir in dem Moment, in dem wir keine Therapie-Empfehlung mehr geben, auf ganz andere Weise gefordert sind – Wir müssen dem eigenen Gefühl entgegenwirken, dass wir nun „nichts mehr anzubieten“ haben (weil wir eben doch unausgesprochen der Ansicht sind, dass wir für das **Überleben** des Patienten verantwortlich sind – und nicht für sein möglichst gutes **Ergehen**) - und wir müssen uns mit den Ängsten und der Trauer des vor uns sitzenden Menschen auf ganz andere Weise konfrontieren lassen, als wenn wir noch einen Joker aus der Tasche ziehen können, der – und sei es noch so eine kleine – Hoffnung auf Weiter-leben verspricht.

Wir Ärzte *dürfen* akzeptieren, dass der Tod eines Patienten nicht unbedingt unser „Versagen“ ist. Eine Kollegin hat mir zu diesem Thema kürzlich geschrieben: „Auch das alleinige ‚Beistehen‘, Dableiben und Leiden lindern ist für Patienten doch sehr viel wert“.

Das Ergebnis solcher Kommunikation kann dann immer noch sehr unterschiedlich sein.

Das ist auch gut so – denn die Patienten und ihre Vorstellungen sind nun einmal unterschiedlich – und es gibt die Menschen, die ohne aktive Therapie nicht sein können. Aber es gibt eben auch die anderen und denen müssen wir eine Chance geben, Abstand zu nehmen von Nur-Medizin und für den Rest ihres Lebens das Augenmerk auf andere Bereiche zu lenken, vorausgesetzt sie erhalten die notwendige supportive Behandlung.

Und so will ich schließen mit den 5 Fragen, die A. Gawande in der Situation empfiehlt, in der, wie er sagt, die wissenschaftlich basierten Möglichkeiten der kurativen Therapie erschöpft sind und es nur noch eine Frage der Zeit ist, bis die „Natur ihren Weg geht“:

1. Was ist Ihr Verständnis ihrer aktuellen Gesundheit?
2. Wenn sich ihre Gesundheit weiter verschlechtert, was sind ihre Ziele?
3. Was fürchten Sie?
4. Gibt es Dinge, die Sie unbedingt erledigen wollen?
Und schließlich:
5. Wie würde ein guter Tag aussehen?

Literatur:

1. Keller, M. Individuelle Patientenaufklärung - Schwierige Gespräche. 4.ASO-Experten-Workshop „Supportivtherapie in der Onkologie“ 2007
2. Weeks, J.C. et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 367: 1616 (2012)
3. Matsuyama, R. et al. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol* 24: 3490 (2006)
4. Borasio, G. Über das Sterben C.H.Beck (2012)
5. Temel, J.S. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer *N Engl J Med* 363: 733 (2010)
6. Mack, J.W. et al. Reasons why physicians do not have discussions about poor prognosis, why it matters, and what can be improved *J Clin Oncol* 30: 2715 (2012)
7. Detmar, S.B. et al. How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *J Clin Oncol* 18:3295 (2000)
8. Gawande, A. Sterblich sein. S. Fischer (2015)
9. Prigerson, H.G. et al. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life *JAMA Oncol* 1, 778 (2015)