

Ärzte sterben gewöhnlich

Gedanken zur Qualität des Todes

M. Spitzer, Ulm

Ärzte haben ein besonderes Verhältnis zum Tod: In professioneller Hinsicht gehen sie einerseits täglich damit um, entweder explizit auf der Intensivstation oder implizit bei Gesprächen über Gesundheit und Krankheit und deren Bedeutung für lebenswichtige Entscheidungen beim Hausarzt oder Psychiater – mit allen Varianten dazwischen, vom Neonatologen bis zum Geriater. Ganz privat wissen Ärzte aber auch, dass sie selbst einmal sterben werden. Sie wissen, dass dies die teuerste Zeit ihres Lebens werden wird, zugleich mit der schlechtesten Lebensqualität, und dass die „Qualität des Todes“ – ja, diesen Ausdruck gibt es wirklich! (17)¹ – durchaus davon abhängt, welche Entscheidungen hierzu man (noch) zu Lebzeiten fällt.

Die „Qualität des Todes“ – ja, diesen Ausdruck gibt es wirklich!

Im Buch des Neurochirurgen Paul Kalanithi, der im März 2015 an Lungenkrebs verstorben war, ist das besondere Verhältnis eines Arztes zu seinem eigenen Tod auf sehr einfühlsame und zugleich gut lesbare Weise thematisiert (► Abb. 1) (8). Als Patient schrieb er angesichts seines baldigen Todes: „Zeit ist für mich etwas sehr zweiseitiges geworden. Jeder Tag entfernt mich weiter von meinem letzten Rückfall, bringt mich dem nächsten näher. Vielleicht werde



Abb. Cover des sehr lesenswerten Buches von Paul Kalanithi, das kurz nach seinem Erscheinen in den USA zum New-York-Times-Bestseller geworden war – zu Recht!

ich später sterben als ich heute annehme, aber ganz bestimmt früher, als ich mir wünsche. Auf diese Erkenntnis gibt es wohl zwei Reaktionen. Am naheliegendsten wäre der Impuls, sich in hektische Aktivität zu stürzen, das Leben voll auszukosten, zu reisen, essen zu gehen, alles zu erledigen, was man schon immer tun wollte. Doch eine der grausamen Begleiterscheinungen von Krebs ist nicht nur, dass er die Zeit begrenzt, sondern auch die Energie, und damit reduziert er das Pensum, das man in einen Tag pressen kann, beträchtlich“ (8).

Als Arzt war ihm lange zuvor schon klar, „dass sich die Fragen nach Leben, Tod und Sinnhaftigkeit, die uns alle irgendwann betreffen, üblicherweise im medizinischen Kontext stellen. [...] Unter [...] kritischen Umständen stellt sich nicht nur die Frage, ob man lebt oder stirbt, sondern welches Leben lebenswert ist. Will man seine Sprachfähigkeit oder die seiner Mutter für ein paar zusätzliche, in Stummheit gelebte Monate eintauschen? Will man sein Gesichtsfeld einengen lassen, um die geringe Gefahr einer letalen Hirnblutung zu

bannen? Will man die Lähmung der linken Hand in Kauf nehmen, damit man keine Krampfanfälle mehr bekommt? Wie viel neurologisches Leiden will man seinem Kind zumuten, bevor man entscheidet, dass der Tod all dem vorzuziehen ist? [...] In den sieben Jahren unserer Facharztausbildung sollten wir uns von Zeugen medizinischer Dramen zu deren Hauptakteuren entwickeln“ (8).

Hat die professionelle Beschäftigung mit dem Tod Konsequenzen für den privaten Umgang mit ihm? Im Falle des Neurochirurgen Kalanithi kann man nachlesen, dass die Antwort auf diese Frage eindeutig mit „Ja“ zu beantworten ist. Aber auch er starb nicht zuhause oder in einem Hospiz, sondern in einem Krankenhaus, nachdem der dritte Therapieplan gescheitert war, im Kreise seiner Liebsten, nach einer erheblichen medizinischen Materialschlacht, aber unter Verzicht auf Unnötiges ganz am Ende.

„Sie sterben nicht wie andere Leute. Das Ungewöhnliche besteht dabei nicht darin, dass sie mehr oder besser behandelt werden als die meisten Amerikaner, sondern weniger. Ungeachtet all der Zeit, die sie mit dem Kampf gegen den Tod anderer Menschen verbracht haben, blicken sie ihrem eigenen Tod recht gelassen in die Augen. Sie wissen genau, was geschehen wird, kennen die Möglichkeiten und haben in aller Regel Zugang zu was auch immer sie für sich wünschen. Aber sie gehen sanft“. So beschreibt Ken Murray, Professor für Allgemeinmedizin an der University of California im Jahr 2011 die Situation (11).

Ärzte wissen um das Leid und um die Tatsache, dass in den westlichen Industrienationen die meisten Sterbefälle nach Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Krebserkrankung auftreten.

Ärzte wissen insbesondere um das Leid und beispielsweise um die Tatsache, dass in

¹ Drei Jahre später (16) spricht der Autor im gleichen Zusammenhang und fast an gleicher Stelle eines Folgeartikels von „QOL at the EOL“ (*quality of life at the end of life*) – was zwar professioneller klingen mag, jedoch kaum darüber hinwegzutäuschen vermag, dass es um den gleichen Sachverhalt geht: die Qualität des Todes.

Nervenheilkunde 2016; 35: 617–620

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer, Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III
Leimgrubenweg 12, 89075 Ulm

Maßnahme	Ärzte (%) (n = 78)			Patienten (%) (n = 831)			p
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht	
Hospitalisierung	44	29	27	58	29	13	0,002
Intensivstation	18	56	26	49	39	12	< 0,0001
Wiederbelebung	4	83	13	44	47	9	< 0,0001
Operation	8	58	34	15	72	13	< 0,0001
Beatmung	5	74	21	27	63	10	< 0,0001
Nahrung, Flüssigkeit	45	20	35	37	51	12	< 0,0001

Tab. 1
Präferenzen für Entscheidungen, die man dann nicht mehr selbst treffen kann, für bestimmte Maßnahmen im Endstadium einer Krankheit bei Ärzten und ihren Patienten (nach 6).

den westlichen Industrienationen die meisten Sterbefälle nach Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Krebserkrankung auftreten. Das ist gleichbedeutend damit, dass es den meisten Menschen in den Tagen, Wochen und Monaten vor ihrem Tod sehr schlecht geht. Und an dieser prä-letalen sehr geringen Lebensqualität hat die moderne Medizin wenig ändern können – mit einer Ausnahme: Sie kann auf das Handeln verzichten, den Tod damit vorverlagern, und damit aber auch die durchschnittliche Qualität der letzten zwei Lebensjahre eines Menschen – durch Nichtstun! – verbessern.

Welche Auswirkungen das Wissen um diese moderne Medizin hat, wurde in einer Studie an 1871 Ärzten schon im Jahr 2014 von Ärzten in Kalifornien an ihren Kollegen aus Fachrichtungen untersucht, die am Ende des Lebens besonders gefragt sind (Anästhesie, Intensivmedizin, Allgemein- und innere Medizin, Neurologie, Pathologie, Psychiatrie, Radiologie und Strahlentherapie und einige mehr). Von diesen waren 790 im Jahr 1989 befragt worden und weitere 1081 im Jahr 2013, sodass eine vergleichende Betrachtung der Einstellungen der Ärzte zum Tod über ein knappes Vierteljahrhundert möglich wurde. Mittels 14 Fragen zum Umgang mit dem eigenen Tod (z. B. lebensverlängernde Maßnahmen, Organspende) wurde untersucht, ob die Fortschritte der Medizin aus den letzten beiden Jahrzehnten zu einer Änderung der Wünsche für den Umgang mit dem eigenen Tod (wie sie hierzulande heute in der *Patientenverfügung*² zum Ausdruck gebracht werden) bei den damit professionell dauernd zu tun habenden Ärzten einher geht (13).

Hierbei zeigten sich insgesamt wenig Änderungen über die Zeit. Bemerkenswert war jedoch die Tatsache, dass die allermeis-

ten Ärzte (88,3%) lebensverlängernde Maßnahmen ablehnten und nur 11,7% diese für sich beanspruchten. Die Autoren kommentieren ihren Befund wie folgt: „Nach unserem besten Wissen ist dies die erste Studie zu den Prioritäten einer großen Kohorte sehr unterschiedlicher junger Ärzte im Hinblick auf bei ihnen selbst durchzuführende lebensverlängernde Maßnahmen. Wir fanden, dass auch sie sich am Ende ihres Lebens für palliative Maßnahmen [und gegen maximalen Aufwand] entscheiden“ (12)³.

Die moderne Medizin kann auf das Handeln verzichten, den Tod damit vorverlagern, und die Qualität der letzten Lebensjahre eines Menschen durch Nichtstun verbessern.

Bereits vor knapp zwei Jahrzehnten hatte man Ärzte und ihre Patienten danach befragt, wie sie sich beim Erreichen des Endstadiums einer tödlich verlaufenden Krankheit im Hinblick auf eine Reihe lebensverlängernder Maßnahmen entscheiden würden (6). Das Ergebnis (► Tab. 1) zeigt eindrücklich, dass Patienten mehr Maßnahmen wünschen als Ärzte, jeweils für sich selbst. So möchten beispielsweise 44% der Patienten Wiederbelebungsmaßnahmen

für sich selbst verglichen mit 4% der Ärzte. Auf die Intensivstation wollen 49% der Patienten aber nur 18% der Ärzte und beatmet werden wollen 27% der Patienten jedoch nur 5% der Ärzte. Einzig bei der sanften Maßnahme der Gabe von Nahrung und Flüssigkeit liegen die Ärzte mit 45% gegenüber nur 37% der Patienten vorn.

Ganz allgemein gilt, dass es in dieser Hinsicht größere Unterschiede gibt, die auf kulturelle soziodemografische und professionelle Variablen zurück geführt werden können. In aller Regel möchten die Menschen als Patienten für sich selber weniger lebensverlängernde Maßnahmen als für ihre Angehörigen (1), Vertreter medizinischer Heilberufe (Ärzteschaft, Pflegedienst) möchten weniger lebensverlängernde Maßnahmen für sich selbst als sie ihren Patienten angedeihen lassen würden. Wenn Ärzte eine Patientenverfügung vornehmen, dann lehnen sie invasive Maßnahmen für ihr Lebensende eher ab (4). In den USA lehnen Ärzte kaukasischer Abstammung („Weiße“) lebensverlängernde Maßnahmen für sich selbst in deutlich stärkerem Maße ab als Ärzte afrikanischer Herkunft (10).

Mit den genannten und weiteren Studien ähnlicher Art (3) stellt sich die Frage, warum Ärzte für sich etwas ganz anderes Wünschen als sie ihren Patienten angedeihen lassen. Vielleicht aber auch nicht, denn wie sich herausstellt, ist es eine Sache, was man sagt und eine ganz andere, was man tut.

So haben Geriater aus den USA kürzlich in einer sehr großen Studie mit dem Titel *How U.S. Doctors Die* die Umstände des Sterbens bei 9947 Ärzten mit denen von 192006 Kontrollpersonen unter Rückgriff auf die Krankenakten der öffentlichen und

2 In den USA spricht man von „advance healthcare directive“, „personal directive“, „advance directive“, „medical directive“, „advance decision“ oder schlicht „living will“.

3 „To the best of our knowledge, our study is the first to analyze resuscitation preferences of a large and diverse cohort of younger doctors and to determine that they too predominantly opt for comfort care for themselves at the end of life“. In den USA spricht man bei palliativen Maßnahmen von *comfort care* (2).

bundesstaatlichen Krankenversicherung der USA für ältere oder behinderte Bürger, Medicare, untersucht (9). Die primären Outcome-Variablen (aus den Jahren 2008 bis 2010) waren die Anzahl der Krankenhaustage in den letzten sechs Monaten vor dem Tod sowie der Anteil der Tage in einem Hospiz. Soziodemografische Kovariablen (Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Einkommen und Region des Wohnorts), von denen man weiß, dass sie mit der Art des Sterbens statistisch in Verbindung stehen, wurden ebenfalls mit erfasst, ebenso das Fachgebiet der Ärzte.

Insgesamt verbrachten die Ärzte den letzten Monat vor ihrem Tod vergleichsweise eher zuhause (50,1% versus 52,5% bei den Nichtärzten), die Anzahl in den letzten sechs Monaten bzw. im letzten Monat des Lebens im Krankenhaus verbrachten Tage war jedoch in beiden Gruppen praktisch identisch (Ärzte: 12,2 Tage; Nichtärzte: 12,4 Tage; bzw. 5,3 Tage in beiden Gruppen; ► Tab. 2).

Kein signifikanter Unterschied zwischen Ärzten und Nichtärzten ergab sich beim Anteil der im Krankenhaus Versterbenden (25,3% versus 25,9%), beim Anteil derjenigen, die in den letzten sechs Monaten bzw. im letzten Monat für mindestens einen Tag auf eine Intensivstation verbracht wurden (34,6% versus 34,3% bzw. 25,6% versus 25%). Demgegenüber verbrachten die Ärzte in den letzten sechs Monaten bzw. im letzten Monat vor ihrem Tod signifikant mehr Tage auf einer Intensivstation (3,1 versus 2,8%; $p < 0,001$ bzw. 1,7% versus 1,5%; $p < 0,001$).

Unter den Ärzten nutzten 46,4% ein Hospiz, bei den Nichtärzten waren es nur 43,2% ($p < 0,001$). Bei der Anzahl der am Lebensende im Hospiz verbrachten Tage (19,4 bei den Ärzten versus 9,3 bei den Nichtärzten) gab es hingegen keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen. Die Nutzung eines Hospizes in den letzten sieben Tagen vor dem Tod war bei den Ärzten mit 16,8% wiederum größer als bei den Nichtärzten (15%; $p < 0,001$).

Was die Kovariablen anbelangt, so spielte das Alter eine gewisse Rolle: Die sehr alten Ärzte (über 85 Jahre) starben jeweils sowohl eher im Krankenhaus (10% versus 9,5%; $p < 0,04$) als auch im Hospiz (52,5% versus 47,6%; $p < 0,001$). Auch die Fach-

Tab. 2 Ergebnisse der Studie von Matlock und Mitarbeitern (9) zum Aufenthalt von Ärzten und Nicht-ärzten im Krankenhaus und Hospiz während der letzten sechs Monate bzw. des letzten Monats ihres Lebens (ICU: intensive care unit; p: Irrtumswahrscheinlichkeit; die Angaben zum Hospiz beziehen sich auf ein n von 9947 bei den Ärzten bzw. von 191 987 bei den Nichtärzten)

Was?	Ärzte (n = 9914)	Nichtärzte (n = 191 426)	p
KH, letzte 6 Monate	66,6%	69,5%	< 0,001
KH, letzter Monat	50,1%	52,5%	< 0,001
Tage im KH, letzte 6 Monate	12,2	12,4	ns
Tage im KH, letzter Monat	5,3	5,3	ns
Tod im Krankenhaus	25,3%	25,9%	ns
ICU, letzte 6 Monate	34,6%	34,3%	ns
ICU, letzter Monat	25,6%	25%	ns
Tage auf der ICU, letzte 6 Monate	3,1	2,8	< 0,001
Tage auf der ICU, letzter Monat	1,7	1,5	< 0,001
Tod im Hospiz	43,8%	40,5%	< 0,001
Hospiz, letzte 6 Monate	46,4%	43,2%	< 0,001
Tod im Hospiz, innerhalb von 3 Tagen	8,1%	7,5%	0,03
Tod im Hospiz, innerhalb von 7 Tagen	16,8%	15%	< 0,001
Tage im Hospiz, letzte 6 Monate	19,4	19,3	ns

richtung hatte einigen Einfluss auf die Art und den Ort des Sterbens: Altersmediziner verbrachten in den sechs Monaten vor ihrem Tod vergleichsweise (Durchschnitt aller anderen Fachrichtungen) mehr Tage im Krankenhaus (13,9 Tage versus 12,3 Tage; $p < 0,04$), wohingegen Psychiater deutlich seltener in einem Hospiz starben (39,1% versus 47%; $p < 0,001$). Eine leichte Neigung hin zum Hospiz hatten demgegenüber die Chirurgen (49,2%; $p < 0,02$), die Gynäkologen und Geburtshelfer (49,5%; $p < 0,11$) sowie die Pathologen (50,5%; $p < 0,13$).

Warum wünschen Ärzte für sich etwas ganz anderes als sie ihren Patienten angedeihen lassen?

Insgesamt ergaben sich nur sehr kleine Unterschiede, von denen einige zwar durchaus statistisch signifikant, aber dennoch als klinisch kaum relevant eingestuft werden müssen: Niemand würde eine Behandlungsentscheidung ändern, nur aus dem Grund, weil er oder sie weiß, dass es sich bei dem Betroffenen um einen Arzt handelt (d. h. selbst wenn man diesen Gesichtspunkt als entscheidungsrelevant erachtete, wären die gefundenen Unterschie-

de zu klein, um eine Entscheidung mit ihnen begründen zu können). – Die Studie lieferte also ein klassisches „Non-Finding“. Warum ist das in diesem Falle aber dennoch relevant?

Obwohl Ärzte als Spezialisten für Leben und Tod gelten, sind auch sie gegen die Angst vor ihrem eigenen Tod nicht gefeit. Zudem dürfte die Studie auch zeigen, dass die besten Absichten, selbst wenn sie von Kollegen geäußert werden, in den Mühlen der heutigen High-tech-Medizin untergehen, und das gerade dann, wenn es auf Leben und Tod geht. Schließlich sind die heutigen „Incentive Strukturen“ in der Medizin so gelagert, dass Nichtstun nicht und jedwedes Handeln (und sei es zum Schaden des Patienten) belohnt wird: Man zahlt für Taten, nicht fürs Abwarten. „So entstand ein System, das stationäre Interventionen bevorzugt, die für Menschen in den letzten Monaten ihres Lebens weniger Wert erbringen“, kommentieren die Autoren abschließend ihre Ergebnisse (9)⁴. Sie schließen sich damit den Empfehlungen der US-

⁴ „Thus, the system has evolved to favor hospital-based interventions that may offer less value during a person's final months.“

amerikanischen Akademie der Wissenschaften an, deren *Institute of Medicine* bereits 2014 einen Report mit dem Titel *Dying in America* publiziert hatte. Dort kann man lesen: „Current financial incentives encourage a reliance on acute care settings that often are costly and poorly suited to the needs, goals, and preferences of patients and their families“⁵. Gefordert wird daher eine bessere Integration der medizinischen und sozialen Institutionen, um zu tun was nötig ist, aber nicht alles zu tun, was möglich ist und bezahlt wird, obwohl es dem Patienten nichts nützt und sein Leiden vergrößert und verlängert.

Wenn es ans Sterben geht, dann sind Ärzte ganz im Gegensatz zu deren Ruf eben auch nur Menschen.

Vielleicht zeigt die neue Studie ja auch ganz einfach Folgendes: Wenn es ans Sterben geht, dann sind Ärzte – ganz im Gegensatz zu deren Ruf – eben auch nur Menschen. Sie mögen Spezialisten für den Tod sein, begegnen ihrem eigenen Tod aber weder als Hasenfüße noch als Helden und sterben ganz gewöhnlich. Ich finde das gut so! Las-

sen wir abschließend noch einmal Paul Kalanithi zu Wort kommen: „Als Arzt hatte ich eine Ahnung von dem, was Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheiten durchmachen [aber] ich hatte nicht erwartet, dass die Aussicht auf den eigenen Tod so desorientierend, so loslösend sein würde“ (S. 129). „Der Tod mag ein einmaliges Ereignis sein, doch mit einer tödlichen Krankheit zu leben ist ein Prozess“ (S. 138).

Literatur

1. Ang GC, Zhang D, Lim KH. Differences in attitudes to end-of-life care among patients, relatives and healthcare professionals. *Singapore Med J* 2016; 57: 22–28.
2. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. *N Engl J Med* 2015; 373: 2549–2561.
3. Chinn GM, Liu P-H, Klabunde CN, Kahn KL, Keating NL. Physicians' preferences for hospice if they were terminally ill and the timing of hospice discussions with their patients. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 466–468.
4. Gallo JJ, Straton JB, Klag MJ, Meoni LA, Sulmasy DP, Wang NY, Ford DE. Life-sustaining treatments: what do physicians want and do they express their wishes to others? *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 961–969.
5. Gozalo P, Teno JM, Mitchell SL, Skinner J, Bynum J, Tyler D, Mor V. End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues. *N Engl J Med* 2011; 365: 1212–1221
6. Gramelspacher GP, Zhou XH, Hanna MP, Tierney MD. Preferences of physicians and their patients for end-of-life care. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 346–351.
7. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life*. Washington, DC 2014.
8. Kalanithi P. *Bevor ich jetzt gehe. Was am Ende wirklich zählt – das Vermächtnis eines jungen Arztes*. München: Knaus 2016.
9. Matlock DD, Yamashita TE, Min SJ, Smith AK, Kelley AS, Fischer SM. How U.S. doctors die: A Cohort study of healthcare use at the end of life. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64: 1061–1067.
10. Mebane EW, Oman RF, Kroonen LT, Goldstein MK. The influence of physician race, age, and gender on physician attitudes toward advance care directives and preferences for end-of-life decision-making. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 579–591.
11. Murray K. How doctors die. It's not like the rest of us, but it should be (<http://www.zocalopublicsquare.org/2011/11/30/how-doctors-die/ideas/nexus/>).
12. Periyakoil VS, Neri E, Fong A, Kraemer H. Do Unto Others: Doctors' Personal End-of-Life Resuscitation Preferences and Their Attitudes toward Advance Directives. *PLoS ONE* 2014; 9(5): e98246.
13. Periyakoil VS, Neri E, Kraemer H. No easy talk: A mixed methods study of doctor reported barriers to conducting effective end-of-life conversations with diverse patients. *PLoS ONE* 2015; 10(4): e0122321.
14. Span P. When doctors face death. *The New York Times*, 30.12.2011 (http://newoldage.blogs.nytimes.com/2011/12/30/when-doctors-face-death/?_r=0).
15. Wang SY, Aldridge MD, Gross CP, Canavan M, Cherlin E, Johnson-Hurzeler R, Bradley E. End-of-life care intensity and hospice use: A regional-level analysis. *Med Care* 2016; 54: 672–678.
16. Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors important to patients' quality of life at the end of life. *Arch Intern Med* 2012; 172: 1133–1142.
17. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med* 2009; 169: 480–488.

5 „Die gegenwärtigen finanziellen Anreizsysteme begünstigen akute stationäre Einrichtungen, die oft teuer sind und zudem den Bedürfnissen, Zielen und Wünschen der Patienten und ihrer Familien nicht entsprechen.“