

Gib jedem seinen eigenen Tod

Autor(en): **Treviranus, Gottfried**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Zeitlupe : für Menschen mit Lebenserfahrung**

Band (Jahr): **75 (1997)**

Heft 3

PDF erstellt am: **01.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-722037>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

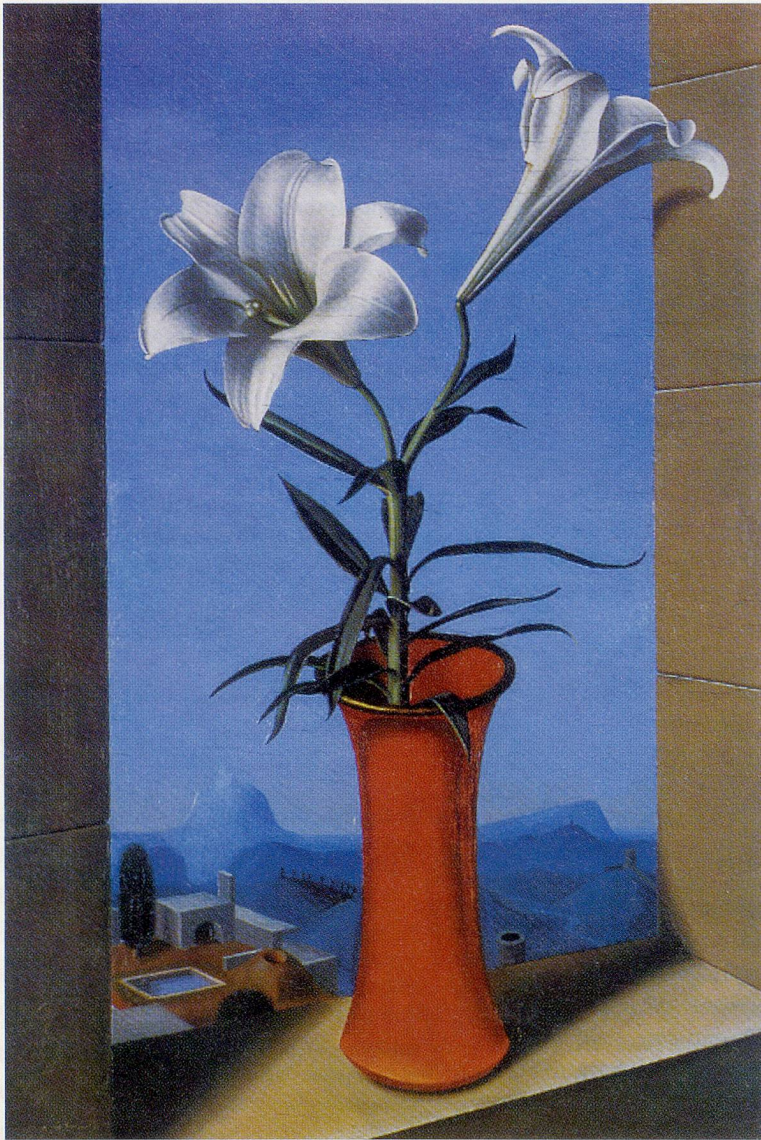
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Gib jedem seinen eigenen Tod



«Weisse Lilie» von Niklaus Stoecklin. 1929. Privatbesitz

Von Dr. med. Gottfried Treviranus

Die «Diagnose», dass es dem Ende zugehe, ist für den Arzt verführerisch. Für ihn ist es sicher eine, die häufiger als sonst durch den Verlauf bestätigt wird. Sie zu stellen, schmückt ihn mit fast priesterlicher Erfahrung in den letzten Dingen. Gerade im Alter kann man aber während einer schweren Erkrankung sehr todesnah aussehen und dennoch gerettet werden. Dieses Bild wird leicht mit dem doch völlig anderen des wirklich vom Tode gezeichneten verwechselt. Hier angelangt gilt Rilkes Ermahnung: «Gib jedem seinen eigenen Tod.»

Über die Rechte während der letzten Tage des Lebens wurde selten so viel geschrieben wie in dieser Zeit des in Frage gestellten Wohlstands. Was sich heute im Spitalalltag abspielt, zeigt aber, dass es sowohl im Medizinischen wie im Mitmenschlichen noch viel Unvermögen gibt, wenn es auf den Tod zugeht. Doch hat man in bezug auf die innere und äussere Vorbereitung auf den Tod – nicht zuletzt aufgrund der Hospiz-Bewegung und der Bewältigung der AIDS-Epidemie – ausserordentlich viel hinzugelehrt, mag es hierzulande auch erst in Ansätzen angewendet werden. In Gegenden wie dem englischen Exeter, wo Sterbende mit Zuneigung, spiritueller Offenheit und kompetenter Linderungsmedizin sowohl zu Hause wie in einer eigenen Station durch einen Dienst versorgt werden, der den Einwohnern keine zehn Franken pro Jahr kostet, ist «Euthanasie» kein Thema mehr. In Bern wird ein alternatives Hospiz zur Zeit gegründet.

Viel oder wenig tun?

Eine gewissenhafte Untersuchung der Lebensfunktionen eines betagten Patienten, bei dem der nahe Tod vermutet wird, würde häufig einen noch robusten Körper mit guten Überlebenschancen ergeben, wenn er mit den gängigen Mitteln der Medizin, und sei es auch nur reichlich Flüssigkeit über die Venen, Nahrung und einigen Antibiotika-Tabletten behandelt würde. Der Entschluss, viel oder wenig für einen Patienten zu tun, muss dabei häufig nicht nur Laien nicht ausreichend begründet erscheinen. Während zum Beispiel bei alten Patienten, die nicht mehr essen wollen, zunächst ein behandelbares medizinisches oder Stimmungsproblem vermutet und energisch angegangen werden sollte, gilt dies wenige Tage vor dem Lebensende nicht mehr. «Sterbende scheinen unter Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug nicht zu leiden. Im Gegenteil, ihr Komfort kann deutlich verbessert werden», lautet das Fazit aus zahlreichen

Berichten. Der vollständige Hungerzustand führt zu einer milden Euphorie und grösseren Schmerzverträglichkeit. Ein Fehlen der Wasseraufnahme lindert körperliche Probleme und erzeugt kein Missbehagen, abgesehen von einem trockenen Mund, der durch Eiswürfel behoben werden kann.

Feindbild Intensivmedizin

Die maschinelle Übernahme lebenswichtiger Organfunktionen ist leider zum Symbol für eine unwürdige Unterwerfung des Menschen unter die Maschine geworden. In Wirklichkeit ist der schon wegen der Kosten in aller Regel vernünftige Einsatz dieser Mittel gerade für die Wiederherstellung alter Menschen mit ihren «schwachen Reserven» besonders segensreich. Die besten Spitäler sind derart gut eingerichtet, dass derzeit das Alter erst ab dem vorübergehenden Ausfall von drei wichtigen Organen eine gewisse Rolle spielt, indem sich etwas weniger anstatt etwas mehr als die Hälfte der Kranken erholen. Das Versagen nur zum Beispiel der Lunge wird auch bei Hochbetagten bei optimaler Therapie fast immer überlebt. Ohne Intensivtherapie sterben jedoch mindestens dreimal so viele unter erheblichen Leiden.

Sterbewunsch oder Depression?

Sehr oft werden Pflegenden mit einem vorübergehenden Stimmungstief eines Patienten konfrontiert. Die Tatsache, dass Depressionen vor allem bei älteren, länger oder schwer Kranken häufig sind und «aggressiv» mit Zuspruch und (mitunter vielen) Medikamenten behandelt werden sollte – weil dann der Lebenswille meist wiederkehrt – ist bei vielen Ärzten und Pflegekräften nicht eben beliebt. Man solle den Willen zu Sterben «respektieren», heisst es etwa. Es ist schwer, aber nicht unmöglich, einen alten Menschen gesund zu machen, wenn ihm der Lebenswille fehlt. Die ärztliche Ethik gebietet es jedoch, und zwar zu Recht.

Die Depression ist eine rätselhafte, überaus menschliche Krankheit, die auf der Hilflosigkeit von Kranken prächtig gedeiht. Sie beeinträchtigt den Lebenswillen massiv, kann aber mit etwas Geduld sehr gut behandelt werden. Blei-

bende echte Selbsttötungswünsche sind sehr selten. Hieraus folgt, dass man sich erst dann auf den Sterbewunsch eines alten Menschen verlassen kann, wenn eine Depression ausgeschlossen ist. Von der Trauer des Abschiednehmens von der Welt eine Depression abzugrenzen, ist jedoch häufig fast unmöglich. Daher sollte man bei einem ausgesprochenen Todeswunsch eines alten Menschen zunächst dennoch von einer depressiven Problematik ausgehen. Das wäre im Interesse des Lebens, und dieses sollte der Arzt oder die Ärztin erst dann loslassen, wenn aus anderen Gründen für den oder die Kranke nichts Bleibendes mehr getan werden kann. Bei Krebskranken führen oft schon kleine Verbesserungen (eine richtige Schmerztherapie, eine Vertrauensperson) zu einer verbesserten Stimmung. Bei alten Kranken ist dies nicht anders. Diese Gesten müssen daher vor allem weiterhin gewährleistet bleiben.

Das Morphinum-Problem

Nach wie vor erhalten zwei Drittel der in Industrieländern Sterbenden keine ausreichende Behandlung von Schmerzen, Atemnot und psychischer Belastung. Morphinum (als Infusion oder MST-Tabletten) ist nach wie vor das geeignetste Mittel zur Erleichterung des wirklich eintretenden Sterbens. Es verursacht eine Linderung von Schmerzen, Angst und Atemnot und ist ansonsten praktisch ungiftig – wenn es nicht den Atemantrieb bremsen würde. Die Patienten reagieren äusserst verschieden auf Morphinum: Eine Überdosierung kann meist nur an der Atemlähmung definiert werden.

Zwei Fehlbehandlungen sind möglich: Der eine alte Kranke wird vor seiner Zeit für «tot» erklärt und durch Morphinum in ein tödliches Atemversagen getrieben. Dem anderen werden ausreichende Schmerzmittel aus Angst vor der unbeabsichtigten Herbeiführung des «vorzeitigen» Todes verweigert, obwohl er unheilbar krank und am Ende seiner Kräfte und Aufgaben angelangt ist.

Schmerzen zur Abkürzung des Sterbens mit überdosierten Mengen von Morphinum zu behandeln, ist mittlerweile zu einem anerkannten «ethischen Trick» geworden, der sicher man-

Schreiben Sie uns

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Das Thema ist heikel: Patientenwille und Patientenwürde, Testament und Erbschaften. Wir verstehen und respektieren darum Ihren Wunsch nach Diskretion. Doch schreiben Sie uns trotzdem, denn Ihre Erfahrungen können anderen in einer ähnlichen Situation nützen. Schreiben Sie uns, wenn Sie mit Ihrem Willen und mit Ihrer Würde als Patient beim Arzt oder im Spital Erfahrungen gemacht haben, die Sie für mitteilenswert halten. Schreiben Sie uns, wie Sie, vielleicht vor langer Zeit, selbst als Erbe eine Erbteilung erlebt haben, oder was Sie heute beim Erstellen Ihres eigenen Testamentes bewegt.

Ihr Brief sollte bis am 10. März 1997 bei uns eintreffen und nicht mehr als eine A4-Seite umfassen.

Jeder veröffentlichte Brief (Kürzungen vorbehalten) wird mit 20 Franken honoriert.

Adresse: Zeitlupe, Leserumfrage, Postfach 642, 8027 Zürich

chem Sterben den Schrecken nimmt, jedoch im Grunde bedenklich ist. Der Schritt zur aktiven Sterbehilfe ist dann nämlich unter Umständen nicht mehr weit. Die Befürworter solch einer ganz anders verstandenen Sterbebegleitung führen hierzu die unzumutbare Hilfsbedürftigkeit oder das Recht auf Selbsttötung bzw. die nur in der Schweiz (und im US-Staat Michigan) straffreie uneigennützig Beihilfe zum Selbstmord an. Der absoluten Würde des Lebens wird die Würde des intakten Lebens und damit die anscheinend unerträgliche «verlorene Würde des nicht mehr lebenswerten Lebens» entgegengesetzt. Verkürze ich jedoch auf diese Weise meinen Lebensanspruch, so verkürze ich – indem die Gesellschaft es verlernt, das Sterben menschlich zu bewältigen – auch den meines Bettnachbarn. ♦