

Der Arzt und das Sterben

Wir leben in einer Zeit, in der wie niemals zuvor über den Tod geredet, geschrieben und diskutiert wird. Trotz des von allen Seiten postulierten Tabus des Todes in unserer Gesellschaft ist er zu einem Modethema geworden, um das sich vielschichtig und mit unterschiedlicher Kompetenz nicht nur die bemühen, die durch unmittelbares Erleben oder konsequentes Nachdenken zu einer eigenen Vorstellung gekommen sind, sondern auch die engagiert sind, die es mehr im Sinne „einer Vermarktung“ in der Öffentlichkeit und nicht frei von Sensationshascherei und den eigenen Interessen dienend zur Schau stellen. Waren es früher die Theologen, Dichter und Philosophen, die in Tod und Sterben die Erfüllung des Lebens beschrieben, sind es heute Reporter, Journalisten und die Wissenschaftler aus modernen Fächern wie Soziologie und Psychologie, die über eine wechselnde aktuelle Thematik der Stunde hinaus den Tod in seiner soziologischen Bedeutung untersuchen.

Merkwürdigerweise waren es eigentlich nie – oder nur sehr selten jedenfalls – Ärzte, die Reflektionen über den Tod anstellten, obwohl doch gerade ihre Begegnung mit dem Ende des einzelnen Lebens ungleich häufiger erfolgt als bei jeder anderen Berufsgruppe, die Theologen ausgeschlossen. Eine Ursache dafür mag die Tatsache sein, daß im Beruf des Arztes das Helfen, ja das Heilen der Lebenden den Tod als Antithese fast auszuschließen scheinen, der Tod des Patienten als eigene Niederlage empfunden und im eigenen Leben verdrängt wird.

Der Erfolg in der Behandlung wird ja

auch in der wissenschaftlichen Medizin letztendlich an der Letalitätsstatistik gemessen. Man denke etwa nur an Arbeiten von Chirurgen, bei denen nicht nur die Stelle hinter dem Komma der Spalte „Letalität“ in der Statistik im konkurrativen Vergleich wissenschaftliche Bedeutung hat, sondern auch darüber hinaus bei Bekanntwerden der Daten in der Öffentlichkeit bei denen, die darum wissen und die es sich leisten können, Ausschlag gibt, wem man sich voraussichtlicherweise besser oder weniger gut anvertrauen kann.

Hier gäbe es noch viele andere Beispiele, die belegen könnten, warum in einem solchen Klima unter Ärzten der Tod kaum einen Platz haben kann, besser sogar negiert werden muß, damit man erfolgreich weiter seinen Beruf zu erfüllen vermag. Bricht einer – wie es Hackethal getan hat – aus dieser unausgesprochenen Alliance des Schweigens aus, dann findet er gerade bei den Ärzten kaum Verständnis, ja entfacht helle Empörung, wenn er offensichtlich nur um des Schaulust willen, schlimmer noch des eigenen materiellen Vorteils willen, nicht nur das schließlich individuelle Erleben in die Breite der Öffentlichkeit zerrt, ja darüber hinaus sich selbst zum Richter über Leben und Tod macht.

Das Problem selbst ist es dabei nicht, welches etwa neu und nie durchdacht dem Arzt begegnet, er stellt sich ihm fast täglich in der Grenzsituation des Sterbens seiner Kranken. Nein, die freche, aggressive Leichtigkeit und Verallgemeinerung der Darstellung ist es, welche nicht nur zum Widerspruch reizt, sondern zur Ableh-

nung von Person und Anliegen führen muß.

Vor diesem Hintergrund sollte mein heutiger Vortrag auch nicht dazu angetan sein, als Grundlage für Verallgemeinerungen zu dienen. Er ist der Bericht eines älteren Kliniklers, der dem Tod in einem längeren Erleben am Krankenbett in seinen verschiedensten Formen begegnet ist und der immer sehr viel Zeit – vielleicht auch den Impetus aus oben Gesagtem – gefunden hat, über ihn nachzudenken. Ihm haftet die ganze Subjektivität des Erlebten an, rekonstruiert aus wenigen Aufzeichnungen und der Erinnerung an Dinge, die, aus dem Alltäglichen herausgerissen, Marken hinterlassen haben.

Das Sterben in einer modernen Klinik hat viele Gesichter, die eine globale Abhandlung des Themas fast unmöglich machen. Beim Versuch einer Ordnung des Erlebten bieten sich zwei größere Gruppierungen an: Der Tod auf Intensivstation, also im Gefolge einer akuten, manchmal aus voller Gesundheit auftretenden tödlichen Krankheit oder eines Unfalles und andererseits der Tod auf der normalen Station, im Gefolge einer schweren, konsumierenden Krankheit, mehr oder minder lange Zeit vorhersehbar und letztendlich doch den gleichen Gesetzen folgend.

Über 60% aller Kranken unserer Klinik sterben auf der Intensivstation als einer hochtechnisierten Wach- und Behandlungsabteilung. Herzinfarkt, Lungenembolie, Schock, Vergiftungen, große unstillbare Blutungen, Sepsis und Infektion und Organversagen von Gehirn, Lunge, Leber, Niere stehen in der Reihe der Diagnosen, die zum Tode geführt haben.

Die Grenzsituation zwischen Leben und Tod wird von diesen Kranken oft ohne irgendeine Anlaufzeit erreicht, ihre Dauer ist nicht zuletzt abhängig vom Einsatz technischer Hilfsmaßnahmen zum Aufrechterhalten der Funktion von Herz,

Lunge, Kreislauf und Niere. In der Regel sind die Patienten nicht ansprechbar, sei es durch die zu Grunde liegende Krankheit selbst, sei es durch medikamentöse Sedierung, um die Voraussetzungen für das Funktionieren der Apparatur, etwa der Künstlichen Atmung, zu schaffen. Der Tod erfolgt hier nicht selten durch das Abschalten der Beatmung bei Ausweglosigkeit. Die Zeitdauer des Sterbens ist nur wenige Minuten lang, ohne daß der Kranke sein Bewußtsein wiedererlangt.

Es besteht kein Zweifel, daß die Intensivmedizin – die von manchen oft als „Apparatemedizin“ zu Unrecht denunziert ist – große Erfolge gebracht hat. Mancher Kranke, der in dieser Grenzsituation des Lebens keine Chance mehr zu haben schien, hat nicht nur allein durch den Einsatz der Technik die Krankheit überwunden, sondern auch ein erfolgreiches Leben danach in Angriff nehmen können.

Trotz aller Erfolge aber muß man sich darüber im klaren sein, daß auf der Intensivstation infolge der Konzentration Schwerstkranker „Sterben“ ein nahezu alltägliches Ereignis ist. Dies bedeutet für Arzt, Schwester und Pfleger eine tägliche Begegnung mit dem Tod.

Will man Sterben auf einer solch akuten Wachstation besprechen, dann stößt man schnell an die eigenen Grenzen, fehlt aus den gesagten Gründen oft jede verbale Kommunikation mit dem Kranken, die uns verwertbare Informationen liefern könnte. Oft sind es mehr Veränderungen der Mimik, schwache Handbewegungen und vor allen Dingen der Ausdruck der Augen, die als Signale Hinweise geben und die Gefühle wie Verzweiflung, Schmerz, Angst und Trauer, aber auch Hoffnung, Dankbarkeit, ja Liebe ahnen, sogar wissen lassen. Dies verlangt weniger eine große Erfahrung, als eine dauernde, die ganze Person des Helfenden in Anspruch nehmende Zuwendung zum Kran-

ken. Gerade in dieser Grenzsituation kann viel richtig gemacht werden, aber auch sehr viel falsch.

Dabei spielt oft die Fehleinschätzung des Bewußtseins des Sterbenden eine große Rolle, erfaßt er doch völlig unerwartet die Tätigkeit um ihn, Gesten der ihn betreuenden Menschen, ein gesprochenes Wort sehr viel mehr, als es die klinische Symptomatik vor Augen und bei noch so objektiv diagnostizierter Krankheitssituation scheinen läßt. Jeder erfahrene Arzt hat erlebt, daß Kranke nach Aufklaren des Bewußtseins und in der Rekonvaleszenz über Einzelheiten aus der Zeit berichten, in der die Umgebung sie in der Dunkelheit tiefer Bewußtlosigkeit währte. Ich werde nie vergessen, wie mir ein Schwerstkranker nach einem Herzinfarkt, der im Kreislaufchock unter künstlicher Beatmung, bei tagelanger Bewußtlosigkeit auf Intensivstation lag, Wochen später, als er wieder aufstehen konnte, im ernstesten Gespräch sagte, wie bedrückend er mein Verhalten gegen eine pflegende Schwester empfunden hätte, das ich in der Aufregung um einen vermeintlichen Fehler in der Behandlung an den Tag gelegt hatte. Mit anderen Worten, Reflektion über oder um das Erleben Todkranker auf Intensivstation können wir nur dann anstellen, wenn wir die Worte und Erfahrungen, ja das Erleben derer zugrunde legen, die vielleicht in der Grenzsituation des Todes gewesen sein mögen, die Grenze selbst aber nicht erreicht haben.

Trotz dieser Einschränkung in ihrer letzten Verbindlichkeit der Aussage gilt es aber zu lernen, gilt es zu begreifen, von welcher ungeahnten Bedeutung das Verhalten, ja die Haltung derer ist, die um den todkranken Patienten als Helfer sich bemühen.

Eindrucksvoll wird dies im Krankenbericht des englischen Anaesthesisten J.S. Robinson deutlich. Er war selbst Leiter ei-

ner Intensivstation, als er lebensbedrohlich erkrankte und auf seiner eigenen Station behandelt wurde. Er war todkrank, wurde reanimiert, bewußtlos und beatmet. Sein eigenes, von ihm selbst hervorragend ausgebildetes ärztliches und pflegerisches Personal behandelte ihn mit großem Erfolg. Er überlebte und wurde gesund. Als er gefragt wurde, was ihm in der Zeit der Krise mit wachsendem Bewußtsein am meisten geholfen habe, sagte er sehr schlicht: „die Hand meiner Frau“. Von ihr ging die Kraft aus, die ihm das Team, das ihn vielleicht sogar schon aufgegeben hatte, nicht geben konnte. Deutlicher kann dem Arzt kaum vor Augen geführt werden, daß es eben in dieser Situation – das Wissen um die richtige Behandlung vorausgesetzt – nicht nur auf die intellektuelle Leistung um die Krankheit ankommt, daß hier mehr verlangt werden muß; die Zuwendung und Hingabe als solche, wobei nicht allein die Sprache, oft viel mehr Augen und Hände als Vermittler von Hilfe, von Zuneigung, von Führung und auch von Liebe den Ausschlag geben. Einfacher scheint zu beurteilen, wie der Tod in einer solchen akuten Situation auf die unmittelbare Umgebung wirkt, für die das Sterben eines Kranken ein regelmäßiges Erleben am Tage ist. Das gilt sowohl für Ärzte als auch für das Pflegepersonal. Gerade Letzteres erfährt in der fast körpernahen und dauernden Wache um den Kranken das Sterben in unmittelbarer und oft langzeitiger Konfrontation. Man kann heute davon ausgehen, daß es vornehmlich junge Schwestern und Pfleger sind, die auf der Intensivstation tätig sind, denen ja gerade die langjährige Erfahrung im Umgang mit Todkranken fehlen muß. Ursache hierfür ist der Stand der Ausbildung, ist doch erst in den letzten 10 Jahren auch eine systematische Ausbildung in der Technik der Intensivmedizin Teil des Lehrplanes, so daß die ältere Schwester

mangels des „Know-hows“ weniger eingesetzt werden kann, auch oft gar nicht für diese Tätigkeit herangezogen werden will. So bleibt es eben nicht aus, daß es gerade die jungen Menschen sind, oft im naturwissenschaftlichen Ansatz perfekt, die mit der Problematik von Sterben und Tod fertig werden müssen, und das gelingt nicht jedem jungen Menschen, der auf Intensivstation tätig ist. Die mangelnde Erfahrung im eigenen kurzen Leben ist eine wichtige Ursache, die potenzierend eigene Grenzsituationen im Leben heraufziehen läßt und gegen die Belastung nur unzureichend Schutz bietet. Lange Zeit und individuell unterschiedlich werden diese Erlebnisse kompensiert. Die einen fordern immer mehr Ausbildung, immer höhere technische Perfektion, bessere Kenntnisse über die zu bedienenden Maschinen und die damit im Zusammenhang stehenden pathophysiologischen Probleme, gewissermaßen auf der Flucht nach vorn vor dem sie bedrückenden persönlichen Erleben von Leiden und Sterben. Andere reagieren mit häufigerem Kranksein. Es besteht kein Zweifel, daß der Krankenstand auf Intensivstation höher ist als auf den anderen Stationen des Hauses.

Ich erinnere mich an zwei junge Schwestern in meiner Sprechstunde, die mit Herzbeschwerden rein nervöser Genese zu mir kamen und die glaubten, ja verlangten, an Überwachungsgeräte angeschlossen zu werden, weil sie eine lebensgefährliche Herzkrankheit vermuteten. Aus dem täglichen Erleben waren sie auf dem besten Wege dazu, eine schwere Herzneurose zu entwickeln.

Wiederum bei anderen entwickelt sich eine merkwürdige, kaum begreifbare Ausdrucksweise, wenn sie über Leiden und Tod von Kranken miteinander reden. Wenn ein junger Pfleger von einem Sterbenden sagt: „Der legt bald den Löffel weg“, oder ein anderer: „Der macht heute

noch die Flatter“, eine junge Schwester den Tod eines ihr anvertrauten, mit rührender Fürsorge betreuten Patienten mit der Bemerkung apostrophiert: „Der steigt gerade in die Kiste“, dann sind dies keine Hinweise auf seelische Grausamkeit junger Menschen, sondern es sind Symptome und Selbstschutzmechanismen, sind Indikatoren für die eigene Hilflosigkeit Leiden und Sterben gegenüber.

Es gab eine Zeit auf der Intensivstation unserer Klinik, wo sich in einem solchen Klima Aggressionen der Schwestern gegeneinander entwickelten, die über verbale Injurien hinaus selbst zu körperlichen Attacken gegeneinander Ausdruck fanden. Man erinnert sich an Heideggers Worte, daß die Erfahrung des Todes anderer Menschen – und hier auf Intensivstation eben in dauernder, nicht abreißen-der Folge – und die daraus folgende Antizipation des eigenen Todes in der Phantasie, eine Grenzsituation par excellence bedeutet. Wir hatten vor Jahren eine mehr als kritische Situation auf der Intensivstation, die aber inzwischen durch institutionalisierte Besprechungen und ein sehr intensives Miteinander abgebaut werden konnte.

Die Rolle von verständigen, überlegten, ja überlegenen Ärzten bei der Stabilisierung des Klimas einer solchen Einheit im Zentrum von Leiden und Sterben ist nicht zu unterschätzen. Inzwischen herrscht wieder Ruhe, ohne daß das Kernproblem sich geändert hätte.

Burghard Klapp hat in seiner hervorragenden Arbeit über Psychosoziale Intensivmedizin wichtige Untersuchungen zum Spannungsfeld von medizinischer Technologie und Heilkunde vorgelegt. Im psychosozialen Ansatz hat er die Menschen – Kranke, Ärzte, Schwestern und Pfleger – auf Intensivstationen im komplexen medizinischen und psychosomatischen Handlungsfeld untersucht. Ihm gelang es mit-

tels empirischer Erhebungen, die psychosozialen Bedingungen der am intensivmedizinischen Geschehen Beteiligten zu objektivieren. Kranke Patienten wurden nach einem besonderen Schlüssel retrospektiv nach Überleben der Grenzsituation zu ihren Erfahrungen während der akuten Bedrohung gefragt, Interaktion zwischen Patienten und Pflegekräften wurde untersucht, wobei speziell auf Faktoren abgehoben wurde, die sich belastend oder gar negativ auf die Beziehung von Krankem und Pflegekraft auswirken. U. a. wurden speziell die Wünsche und Hoffnungen der Kranken selbst und deren Realisierungsmöglichkeiten eruiert. Obwohl ich mir bewußt bin, daß unser heutiges Thema nur einen Teilaspekt – vielleicht den Kern – dieser Untersuchungen anspricht, möchte ich doch einige Aussagen anführen, könnten sie doch hilfreich sein, Sterben und Tod auf Intensivstation besser zu verstehen, ja hilfreich werden, wenn es um den Versuch geht, in der Grenzsituation zu bestehen.

Auffallend ist, daß Schwestern, Pfleger und Ärzte die Situation intensivbehandelter Kranker wesentlich belastender, kritischer, z. T. sogar negativer sehen als die Kranken selbst nach erfolgreicher Reanimation und konsequenter technischer Behandlung. Dabei finden sich auch deutliche Unterschiede zwischen Schwestern, Pflegern und Ärzten. Die Schwestern sind es, die am häufigsten zu negativen Einschätzungen sowohl hinsichtlich der Situation und Belastung der Kranken als auch ihrer eigenen Lage kommen. Positiv, allenfalls indifferent äußern sich die Ärzte. Interessant ist auch ein Unterschied im Urteil von Schwestern und Pflegern, wobei letztere in ihrer Antwort eher der der Ärzte ähnlich sind. Tatsache ist, daß es gerade Schwestern sind, die in dauernder körperlicher Nähe dem Schwerstkranken im wahrsten Sinne des Wortes zur Seite

stehen, während jedenfalls die Pfleger ihren Aufgabenbereich nicht selten in administrativen Funktionen und Aufgaben der Intensivstation suchen und in direktem zeitlichen Krankenkontakt sehr viel mehr den ja für mehrere Kranke gleichzeitig verantwortlichen Ärzten ähneln.

So sind es auch vornehmlich die Schwestern, die für die jeweils betreuten Patienten nicht unbedingt alle möglichen intensivmedizinischen Maßnahmen ausgeschöpft wissen wollen, ja auch als erste häufig das Ende einer weiteren apparativen intensivmedizinischen Behandlung fordern. Ich erlebe bei der täglichen Visite häufig gerade von ihnen die Bitte, endlich doch die Apparate abzustellen, während so mancher – auch erfahrene Arzt – immer noch auf einen Erfolg der Behandlung hoffend – gar nicht auf den Gedanken kommt, das immer aussichtsloser werdende technische „Amlebenhalten“ zu beenden. Von dem älteren, erfahrenen Arzt, der hinsichtlich der technischen Fertigkeiten am Krankenbett mit dem jüngeren Assistenten kaum Schritt halten kann, wird gerade hier, auch vom Pflegepersonal, in der Frage der Beendigung maschineller Unterstützungsmaßnahmen Kompetenz erwartet. Eine Forderung, die er auch anzunehmen hat. Die Entscheidung selbst kann nicht in der Diskussion getroffen werden, in der Regel trifft er sie in voller Verantwortung allein.

Klapp kommt beim Vergleich seiner Ergebnisse mit den umfangreichen Berichten in der Literatur zum Schluß, daß die z. T. weit unterschiedlichen, auseinanderreichenden Einschätzungen der Intensivbehandlung seitens von außen kommender Betrachter einerseits wie auch unterschiedlicher Angaben zur Belastung seitens der Kranken andererseits zu einem nicht kleinen Teil mit Untersuchungsart und -zeitpunkt zusammenhängen. Welche Mechanismen allerdings unter welchen

Bedingungen und für welchen Menschen einer adäquaten Verarbeitung von Belastungen eher förderlich oder hinderlich sind, ist noch weitgehend ungeklärt.

Allgemein verbindliche Grundzüge einer Verbesserung in der Kommunikation mit Sterbenden auf Intensivstation lassen sich – wie sollte es auch anders sein – nur schwer ableiten. Auch in der akuten Situation des Sterbenden auf Intensivstation mag zwar der technische Ansatz gleiche Züge aufweisen und der Gang der versagenden biologischen Regulationen nach gleichen Gesetzen verlaufen. Das ganz Persönliche, Einmalige der Person bleibt aber deutlich erkennbar und verlangt mehr als die Beherrschung der drei Zugänge zur Medizin, mehr als Naturwissenschaft, Psychologie oder Soziologie.

Während der Todkranke auf Intensivstation die Phase des Lebensendes schnell, gewissermaßen im Zeitraffer, erlebt, ist der chronisch Leidende oft lange Zeit mit seinem Sterben konfrontiert. Hier erlebt auch der Arzt oft über einen langen Zeitraum die ganze Skala menschlicher Reaktionen im Angesicht des nahen Endes seines Patienten, muß sich im Gegensatz zur Intensivmedizin – eben auch in der Regel mittels der Sprache als Helfer – auf der längsten Wegstrecke seines Kranken bewähren. Es ist in letzter Zeit viel über die Probleme von Sterben und chronisch Kranken gesprochen und geschrieben worden, seltener waren es Ärzte, häufiger Psychologen und Soziologen, die nicht nur über das Sterben chronisch Kranker im Krankenhaus nachdachten, sondern die vor dem Hintergrund von tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Ansätzen auf Mißstände in der Betreuung des Sterbenden hinwiesen, ja Forderungen zur besseren Kommunikation zwischen Arzt und Kranken gerade hier erhoben haben. Man möchte meinen, daß gerade den modernen, mehr geisteswissen-

schaftlichen Fächern der Medizin die eigene, täglich erlebte praktische Erfahrung fehlt; eine von vielen als entscheidend postulierte Voraussetzung, wenn es um die Frage der Sterbehilfe und den Umgang mit Sterbenden geht. Ich meine aber doch, daß die Kritik, die sich mehr an der gesellschaftlichen Verarbeitung des Todes unserer heutigen Umwelt entzündet, auch im Spannungsfeld jedes Arztes Niederschlag finden muß, welche sich zwischen seinem eigenen, erlernten Ansatz, Krankheiten zu kurieren und der Unmöglichkeit, Leben erhalten zu können, mit unterschiedlichster und ganz individueller Akzentuierung entwickelt.

Richtig ist es, daß im Gegensatz zu früher der Sterbende die letzte Strecke seines Weges sehr viel häufiger im Krankenhaus zurücklegt, also in einer Umgebung, die für ihn fremd ist, in der sein Kontakt zu ihm lieben Menschen in der Regel auf kurze Zeit des Tages reduziert wird. Dabei ist es nicht immer der Kranke selbst, der in dieser Phase seines Lebens den Aufenthalt in der Klinik will. Häufig sind es auch die Angehörigen, die ihn – aus was für Gründen auch immer – auf der Station im Krankenhaus besser aufgehoben wännen. Bei einigen ist es sicher die Hoffnung, daß durch richtige Behandlung das drohende Schicksal abgewendet werden kann, bei vielen ist es aber auch die Angst vor der dauernden Konfrontation mit dem Sterbenden, mit der Rückwirkung auf das eigene Leben, die sie zur Überweisung des Kranken in die Klinik drängen läßt.

War es früher der Hausarzt, der als mit der Familie eng vertrauter Weggefährte durch ein ganzes Leben Leiden und Sterben eines Mitgliedes dieser Gemeinschaft miterlebte und mitgestaltete, ist es heute mehr und mehr der Arzt im Krankenhaus, dem der Sterbende in seine Verantwortung gegeben ist.

In einer großen Klinik sterben täglich

Kranke, nicht nur auf der Intensivstation, auch auf der normalen Pflegestation für chronisch Kranke erlebt der Arzt Sterben und Tod täglich in Ausübung seines Dienstes am Kranken. Die Erfahrung der älteren Kliniker müßte eigentlich groß sein und ständig wachsen, und doch scheint es für viele von ihnen fast unmöglich, darüber zu reden oder gar Richtlinien abzuleiten, die für andere verbindlich sein könnten. Es scheint, als gelte es damit für viele von uns Ärzten, den Schleier eines Geheimnisses zu lüften, welches wir nicht nur als Betrachter kaum erfassen, sondern in welches wir miteingebunden sind. Natürlich wird alles, was wir als Motivation für unseren Beruf empfunden haben, gerade in dieser Grenzsituation des Lebens zur besonders sorgfältigen Erfüllung drängen, ja verpflichten, wie intensive und längere Zuwendung, noch bessere Pflege, Wegnahme von Schmerzen und Angst, aber ist das genug? Die Antwort sich selbst gegenüber, die fehlende Rückkopplung mit einem zu objektivierenden Erfolg in der Betreuung, die doch die Sicherheit des erfolgreichen Arztes ausmacht, bleibt lückenhaft, widersprüchlich und macht unsicher, wenn über das Erleben im Einzelschicksal hinaus richtiges oder falsches ärztliches Verhalten abgeleitet werden soll. Wissen wir denn überhaupt genug über den vom Tode gezeichneten, den sterbenden Menschen, um mit den uns zur Verfügung stehenden Skalen eine Orientierung zu finden oder gar Urteile anmaßen zu können.

So nimmt es auch nicht Wunder, daß es nur wenige Untersuchungen gibt, die mit Zahlen einige Vorstellungen zu unterlegen versuchen. Witzel hat einmal eine Gruppe von 110 Sterbenden zusammengefaßt und einer Kontrollgruppe gegenübergestellt, in der schwer chronisch Kranke, deren Tod nicht bevorstand oder abzusehen war, aufgelistet wurden. Der Vergleich

beider Gruppen ergab wichtige Unterschiede. Die Angst vor dem Tode war in der Gruppe der Sterbenden signifikant geringer als bei der Gruppe der Schwerkranken. Während letztere sehr viel intensiver nach ihren Befunden und ihren Chancen fragen, nimmt dies in der Gruppe der Sterbenden bis auf wenige Ausnahmen praktisch auf null ab. Überhaupt wird deutlich, daß die Angst vor dem Tode immer geringer wird, je näher der Tod rückt. Jüngere Kranke, die sterben müssen, sind ängstlicher als ältere Menschen, einen Unterschied zwischen Männern und Frauen gibt es nicht. Sehr viel häufiger werden Furcht vor Schmerzen oder gar Verblödung geäußert als Angst vor dem Tode selbst. Patienten mit festem oder gar keinem Glauben sehen dem Sterben ruhiger entgegen als die Kranken, die mit Zweifeln belastet sind. Die Festigkeit im Glauben nimmt mit der Verschlechterung der Krankheit zu. Von den Sterbenden in dem Kollektiv von Witzel glauben über 70% an ein Weiterleben nach dem Tode, während bei Schwerkranken diese Zahl unter 30% liegt. Könnte es sein, daß der Sterbende in der Festigung seines Glaubens nur Halt sucht, oder weiß er mehr? Eine Antwort ergibt sich aus der Frage, ohne daß eine sichere Antwort gegeben werden kann.

Solche Zahlen verlangen natürlich Kritik, sie sind mehr als Hinweis denn als gesicherte Tatsache zu interpretieren. Bennhold Thompsen hat bei sterbenden Kindern bestätigt, daß mit dem Näherkommen des Todes die Furcht schwindet, und daß Unterschiede in der Literatur mit dem Zeitpunkt der Befragung zusammenhängen.

Wohl den größten Wert haben die Arbeiten von Frau Kübler-Ross, die gemeinsam mit Theologen, Ärzten und Psychologen an Kliniken in Chicago den Versuch unternommen hat, die vielen widersprüchli-

chen Ergebnisse bei Befragung von Schwerkranken und Sterbenden zu ordnen. In ihren „Interviews mit Sterbenden“ entwirft sie ein phasenhaftes Geschehen um den sterbenden Menschen, wobei die Zahl ihrer Untersuchungen und die Intensität der vielschichtigen Befragungen eine gewisse Verbindlichkeit im Sinne eines stufenweisen Verlaufes erkennen lassen.

Am Anfang steht die Phase des Nichtwahrhabenwollens und der Isolierung. Der Kranke negiert die Ergebnisse, glaubt eher an die Vortäuschung von Befunden. Diese Phase wird besonders deutlich, wenn der Patient zu früh durch jemanden informiert wird, der zwar die Diagnose und die Prognose der Krankheit kennt, der aber um die Aufnahmebereitschaft des Kranken nicht genug weiß oder das Ganze nur schnell hinter sich gebracht haben will. Das Nichtwahrhabenwollen schiebt sich wie ein Puffer zwischen den Kranken und sein Entsetzen über die Diagnose. Mir scheint, daß gerade diese, oft flüchtige Phase bei todkranken Ärzten besonders ausgeprägt ist, findet man doch gerade bei ihnen ein eklatantes Mißverhältnis zwischen Wissen um die Krankheit und Einschätzung der eigenen Situation.

In einer zweiten Phase, Kübler-Ross nennt sie die des Zornes, erkennt sie Patienten, die mit Wut, Groll, Neid reagieren: Warum gerade sie und nicht andere von der Krankheit getroffen sind. In diesem Abschnitt hat es der Kranke schwer mit seiner Umgebung und diese mit ihm, ergießt sich doch seine Aggression in alle Richtungen, Ärzte, Schwestern, Angehörige, Krankenhaus usw. Hier gilt es für seine Umgebung, Verständnis zu zeigen, und gerade hier findet der kluge Arzt oft schnell Zugang zum Patienten, kann ihn beruhigen und seine Aggression abbauen helfen.

Die dritte Phase, die des Verhandeln, ist meist nur flüchtig. Wenn der Moribunde

in der ersten Phase noch nicht im Stande ist, die gegebenen Tatsachen zu erkennen, in der zweiten sich gegen sie auflehnt, mit Gott und der Welt hadert, versucht er in einer dritten Phase das Unvermeidliche durch eine Art Handel hinauszuschieben. Der Patient sucht einen Handel mit Gott – streng geheimgehalten, höchstens in der Sprechstunde des Seelsorgers angedeutet (Witzel).

Einen vierten Abschnitt im Fortschreiten des Sterbens bezeichnet Kübler-Ross als die Phase der Depression. Die Zurkenntnisnahme des sich abzeichnenden Verlustes des Lebens kann vom Kranken nicht mehr mit Erstarrung oder gar Wut abgetan werden. In oft tiefer Depression, ja Resignation empfindet er die Trennung von allem, was ihm wichtig und lieb geworden ist. Fragen um die weitere Existenz seiner Familie, seiner Werke und seines Besitzes bestimmen sein Denken und fordern die Umgebung, bei der Lösung der Fragen hilfreich zur Seite zu stehen.

Schließlich erreichen viele Kranke nach Kübler-Ross die fünfte und letzte Phase, die der Zustimmung. Der Kampf ist beendet, das tosende Meer kommt zur Ruhe, wie es im „Leoparden“ so wunderschön heißt. In dieser letzten Phase scheint der Sterbende oft schon „nicht mehr von dieser Welt“. Die Familie braucht hier oft mehr Hilfe und Unterstützung als der Patient selbst.

Auf den ersten Blick haftet dieser Stadieneinteilung vielleicht etwas Unwirkliches, ja Gekünsteltes an, insbesondere, wenn in der Projektion der Kübler-Ross'schen Vorstellung auf die eigenen Erfahrungen ein immer vorhandener, fast schematischer, ja schrittweise verlaufender Prozeß erwartet wird. Reflektiert man aber diese Befunde auf das eigene Erleben, dann kann man unschwer charakteristische Verhaltensmuster seiner Patienten den einzelnen Gruppierungen zuordnen, ohne

etwa im Einzelfall immer den Verlauf oder etwa gar ein gesetzmäßiges Nacheinander der Stadien erkennen zu können. Natürlich fehlt bei Beurteilung und Kritik dieser Vorstellung der eigene systematische Ansatz der Untersuchung. In der Erinnerung sind es ja nur wenige Einzelerlebnisse, die über das Vordergründige hinaus tiefe Spuren hinterlassen haben und so schon vom methodischen Ansatz her den Vergleich fast unmöglich machen. Hilfreich sind die Ergebnisse und Deutungen immer, erlauben sie doch im Zweifel der eigenen Kommunikation und vor dem Hintergrund der individuellen Situation des Patienten Anlehnung, ja möglicherweise Korrekturen des eigenen Verhaltens.

Gerade in der Beantwortung sich immer wieder stellender Fragen am Bett des Todkranken können sie wichtige Orientierungsmarken werden: Darf ich und wann soll ich mit dem Patienten über die Diagnose, über den Tod reden? Wie soll ich es ihm klarmachen, daß die Chancen weiterzuleben immer mehr sinken? Bin ich selbst der Richtige, der dem Kranken das Ende seines Lebens andeuten kann?

Zu allen Zeiten und in den letzten Jahren mit zunehmender Schärfe wird die Frage diskutiert, ob der Arzt verpflichtet ist, dem Kranken die Wahrheit zu sagen, ob nicht die Notlüge für den Verlauf der Krankheit, ja für das Befinden des Kranken selbst nicht nur erlaubt, sondern sogar Verpflichtung sein kann? Gerade die jüngere Generation meiner Studenten vertritt hier – nicht zuletzt durch Vorlesungen in Psychologie und Soziologie unterrichtet – die sehr viel strengere, fast puristische Auffassung, daß der Kranke ein Recht auf Wahrheit hat. Beim Blick zurück wird es dem älteren Arzt aber klar, daß er dieser Forderung nicht immer, ja sogar in den wenigsten Fällen entsprochen hat. Viele Gründe können dafür angeführt werden: Die Tatsache, daß Tod-

kranke oft die Wahrheit gar nicht wissen wollen, außerordentlich selten danach fragen. Ganz obenan in der Aufzählung der Ursachen steht auch das Erleben der Menschen, die in gesunden Tagen publizistisch auf der Mitteilung der vollen Wahrheit bestehen, in der eigenen todbringenden Krankheit jede Andeutung der Schwere des Geschehens ablehnen; oder darf man auf die Worte von Angehörigen des Sterbenden vertrauen, die einem bestätigen, daß man es richtig gemacht hat, weil sie den Sterbenden am besten kennen und auch noch Information aus der letzten Stunde haben. Natürlich ist das ein Ergebnis aus dem Urteil der Lebenden, Urteile von Betroffenen selbst können ja nicht mehr eingeholt werden.

Kritiker des ärztlichen Verhaltens kritisieren den Arzt auch als „Meßknecht“ im Apparatepark einer technisierten Medizin, beschreiben die meist unzureichende, wenig personenbezogene Visite, die mangelnde Zeit etwa des vielbeschäftigten Chefarztes für lange und wiederholte Gespräche, geißeln darüber hinaus die ärztliche Fachsprache, die auch am Krankenbett über die Köpfe seiner Kranken hinweggeht und eher Mißtrauen schafft. Sicher ist in dieser Kritik vieles richtig, wenn auch – gerade was den Zeitfaktor anbelangt – Abhilfe häufig schwierig ist. Das hat nicht zuletzt den Ruf nach „Spezialisten“ auch für das Sterben aufkommen lassen, die im entsprechenden Rahmen ihr ganzes Tun nur um Sterbende ansiedeln sollen. Die sogenannten „Sterbekliniken“ in England dürften hier ein Modell sein, dessen Nachahmung mir selbst ganz persönlich unheimlich wäre, werden doch hier Sterbende in Gruppen zusammengefaßt, denen die Aussichtslosigkeit als zentrales Anliegen eher Last als Trost sein müßte. Wenn auf der einen Seite der Ruf laut wird, der Sterbende sollte am besten in der Familie, in ihrer ganzen Tradition

und Bindung aufgehoben sein, dann ist es um so unverständlicher, daß die gleichen Autoren die Uniformierung einer Sterbeklinik als Alternative vorschlagen. Der Arzt, der gewohnt ist, mit Sterbenden umzugehen, macht die Erfahrung, daß es zwischen absoluter Wahrheit und Lüge eine Skala von Zwischentönen gibt, die, der Individualität des Patienten angepaßt, zum Klingen kommen muß. Dabei gilt es nicht Programme zu verwirklichen, sondern zu hören und zu fühlen, was der Kranke wissen will, was er gerade im Moment braucht, was ihm nützen, was ihm schaden kann. „Persönliche Medizin“ hat es der große Heidelberger Kliniker Richard Siebeck einmal genannt und damit klarzumachen versucht, daß jeder Mensch – wie Rilke es sagte – seinen eigenen Tod stirbt; der Arzt wird es sein, der oft nur andeutungsweise den Kranken auf die Schwere des Leidens aufmerksam macht und aus der Antwort sein weiteres Leiden ableitet. Dabei sind es nicht nur Sprache, häufig auch Gesten, ja der Ausdruck der Augen, der in der Wechselwirkung zwischen Tod, Krankem und Arzt den richtigen Weg finden läßt. Oft ist es sogar das Schweigen, welches mehr zu sagen hat als jede verbale Kommunikation. Will der Kranke über seinen eigenen Tod in allen Einzelheiten aufgeklärt sein, dann hat sich der Arzt dieser Forderung zu stellen. Dabei wird er oft nicht leicht entscheiden können, ob der Kranke es wirklich will, oder ob er nur provokativ die Frage stellt und eigentlich keine oder eine falsche Antwort erwartet. Immer wird der Arzt dabei zu bedenken haben, daß er dann auch einen großen Teil seiner Zeit einbringen muß, wissend, daß etwa der Freiraum des Arztes, was die Zeit anbelangt, begrenzt ist. In einer großen Klinik kann er deshalb nur wenigen Kranken gerecht werden. In seiner Umgebung erwachsen ihm in jungen Ärzten, Schwestern und Pflegern

wichtige Helfer, die oft schon spontan, selbst vom Kranken angesprochen, eigenverantwortlich den Sterbenden begleiten. In unserer Klinik ist der Geistliche in enger Wechselwirkung mit seiner medizinischen Umgebung um den Sterbenden tätig. Dabei muß deutlich bleiben, daß Arzt und Pfarrer ein anderes Amt haben, einen anderen Ansatz finden müssen.

Der Auftrag des Arztes erschöpft sich nicht nur in der Erhaltung der Gesundheit von Leib und Seele, es geht auch um das Leben in Gesundheit und Freiheit in allen seinen Beziehungen und Verbindungen, in seiner Teilhabe am Geist.

Dem Pfarrer ist die Sorge um das Heil aufgetragen, um das Heil jenseits von Gesundheit und Krankheit. Seelsorge muß auch Seelenführung sein, aber sie ist im Grunde noch etwas anderes, sie soll immer Verkündigung sein und soll aus der Verkündigung kommen, wie es Siebeck einmal formuliert hat. In einer Klinik wird es auf das Klima ankommen, welches allgemein für alle verbindlich herrscht und welches weitgehend auch von dem Chef mit allen seinen Stärken, aber auch seinen Schwächen geprägt ist. Nie darf Hoffnungslosigkeit sein bestimmender Faktor sein, auch im Angesicht des Todes nicht, getreu dem Luther-Wort: „Und wüßte ich, daß morgen die Welt unterginge, würde ich heute noch mein Apfelbäumchen pflanzen.“

In einem solchen Klima werden auch die Fragen der Sterbehilfe besprochen werden können; ein Thema, welches die Menschen schon immer interessiert, welches aber heute in der Öffentlichkeit und insbesondere in ihren Medien hohe Aktualität gewonnen hat. Euthanasie, in ihrer passiven und aktiven Form, erhitzt zur Zeit wieder besonders die Gemüter.

Passive Euthanasie: „Das ist die absichtliche Verkürzung des in Gang befindlichen Sterbeprozesses, indem kein Versuch un-

ternommen wird, das Leben zu verlängern. Zu dieser Form der Sterbehilfe ist ein bedingtes Ja zu sagen, wenn man sich streng an den ärztlichen Auftrag hält. Ärztliches Wirken soll menschliches Leben erhalten und Leiden lindern. Angesichts des unausweichlichen und kurz bevorstehenden Todes kann Lebensverlängerung nicht unter allen Umständen das Ziel ärztlichen Handelns sein.“ Dies ist die Formulierung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die eine Kommission unter Leitung des emeritierten Würzburger Chirurgen Wachsmuth erarbeitet hat. Sie läßt den notwendigen Entscheidungsraum, läßt auch den ärztlichen Entschluß zu, bei Todkranken in der letzten Phase ihres Sterbens auftretende Komplikationen nicht mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln (Lungenentzündung und Antibiose) zu behandeln. Sie erlaubt auch den Einsatz von stark schmerzlindernden, unruhedämpfenden Mitteln, die im Angesicht des Todes keine Verlängerung des Lebens mit sich bringen können. Der Sterbende nach langer, auszehrender Krankheit hat hier den gleichen Anspruch auf Leidensminderung wie der Todkranke auf Intensivstation, dessen technisch-mechanische Unterstützung bei Ausweglosigkeit weggelassen werden darf. Bei einsichts- und willensfähigen Kranken soll der erklärte Wille, sich nicht oder nur noch eingeschränkt behandeln zu lassen, respektiert werden. Jedoch sind krankheitsbedingte Einschränkungen der Einsichts- und Willensfähigkeit zu berücksichtigen. Die ärztliche Aufgabe ist es, ggf. dem Kranken zu helfen, eine Verweigerung der Behandlung aus Resignation zu überwinden. Frühere, z. Zt. der Gesundheit gegebene Äußerungen, auch gegenüber nahestehenden Personen, können bei Bewußtlosen allenfalls Anhaltspunkte, nicht aber die allein entscheidenden Hinweise für den betreuenden Arzt sein.

Aktive Euthanasie, d. h. der Tod auf Verlangen durch eine tödliche Spritze oder Zurverfügungstellung von Gift, zerstört das Arzt-Patienten-Verhältnis. Sie ist abzulehnen, sie ist ärztlich und rechtlich unzulässig, auch wenn sie vom Kranken verlangt wird. Gerade an dieser Frage entscheidet sich die ethische Bindung des Arztes, seine Achtung vor der Würde des Menschen. Der verlangte Tod sollte vielmehr ein dringender Appell an sein Gewissen sein, ob er, ob die Umstehenden alles getan haben, um dem Menschen zu helfen, mit seinem Sterben fertig zu werden. Für Psychopathen, die ihr Geltungsbewußtsein an dieser Frage entzünden und auf politische Ebene zu transformieren suchen, darf kein Raum gegeben sein. Der schwierige Weg in einer persönlichen Medizin, der so nahe an die Grenzen der entscheidenden Fragen unseres Lebens führt, muß ein stiller Weg bleiben. Die Verantwortung trägt der behandelnde Arzt, sie ist nicht teilbar.

Vor diesem Hintergrund wird auch nach Antworten auf den Vorwurf gesucht werden müssen, daß der junge, heranwachsende Medizinstudent und Arzt zu wenig in den Fragen des Sterbens und des Verhaltens am Krankenbett Todkranker ausgebildet wird. Psychologen und Soziologen bemühen sich vielschichtig und wechselseitig, im System der Ausbildung einen eklatanten Mangel nachzuweisen, der nur allzu gerne von Studentenvertretern aufgegriffen wird, wenn sie in der Diskussion mit der älteren Generation deren Versagen herauszustellen versuchen. Aber ist es mit Kolloquien, die speziell ein solches Thema zur Aufgabe haben, wirklich getan? Mit Reden allein ist man noch keinem Geheimnis auf die Spur gekommen, hat man noch kein Rätsel zu lösen gewußt.

Es gilt vielmehr Ärzte auszubilden, die in freier Entfaltung ihrer Persönlichkeit und

ihrer Anlagen den Weg zum eigenen, ganz persönlichen Arzttum finden. Menschen ohne Uniform, das sollten die Ärzte sein, wenn es gilt, in der Grenzsituation des eigenen Lebens und des ihnen anvertrauten Patienten die richtige Entscheidung zu treffen. Und hierfür bietet der moderne Lehrplan der reformierten, überladenen, verschulten Ausbildung wenige Ansätze. Für die älteren unter den Ärzten an der Universität gilt es vielmehr, aus der Resignation der siebziger Jahre wieder herauszutreten und der jüngeren Generation sich zu stellen. Mit dem Aufbau eines wieder festeren Lehrer-Schüler-Verhältnisses an der Universität sollte eine Voraussetzung gegeben sein, weniger den ausgebildeten Mediziner, als mehr den Arzt mit Persönlichkeit zu erziehen. Gerade das Vorbild prägt mehr als jedwede Diskussion um ethische Werte. Der Arzt als Grenzgänger

im Begleiten seiner Kranken in der Phase zwischen Leben und Tod wird sehr bald erkennen, daß es hier mit erlerntem Wissen, mit technischen Fertigkeiten oder gar mit psychosomatischer Analytik nicht mehr geht, nicht mehr gehen kann. Er ist eingebunden in das größte Geheimnis unseres Lebens, aber eben auch nicht als Wissender, sondern genauso wie jeder andere Mensch als Suchender in Verantwortung für seinen Nächsten. Fliehen darf er nicht, er muß standhalten, wenn auch für ihn unlösbare Fragen und Signale seines Kranken ihn fordern und seine Grenzen offenlegen. Er nimmt teil am Geheimnis des Sterbens, und in seiner persönlichen Medizin bleibt ihm oft nichts als das Schweigen, welches ihn mehr mit dem Sterbenden verbindet als jedes Wort, wenn dessen körperliche Funktionen erlöschen.