

DAS MAGAZIN 43/2012 — Im toten Winkel

IM ANGESICHT DES TODES

Niemand mag sich damit beschäftigen, trotzdem trifft er uns alle: der Tod. Wie sieht es aus, das Sterben? Und gibt es sie tatsächlich, die Kunst zu sterben? Ein Gespräch mit einem, der den Tod täglich erlebt.



Cover
Inhalt
Editorial
Daniel Binswanger

KNAPP DAVOR

«Der grosse Gatsby» bleibt ein Buch, das leuchtet. Und zugleich nie ausgeleuchtet ist.

ERWACHSEN MIT VIER

Französische Kinder kann man ins feinste Restaurant mitnehmen, sie können Konversation machen und gönnen ihren Eltern ein Eigenleben. Warum läuft es bei uns so anders?

SEITENWECHSEL

Wenige würden freiwillig eine Woche in der Psychiatrie verbringen. Ein Banker hats getan — und war am Ende klüger.

IM TOTEN WINKEL

Das Sterben wird heute aus der Gesellschaft ausgesperrt. Dabei sollte man sich schon früh damit auseinandersetzen, sagt der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio.

Thomas Held
Michèle Roten
Max Küng
Hans Ulrich Obrist
Tag im Leben
Impressum



Viele haben noch nie einen Toten gesehen und fürchten sich vor dem Anblick. Der Fotograf Walter Schels porträtierte Sterbende kurz vor und unmittelbar nach ihrem Tod. Einer von ihnen war Heiner Schmitz. Er starb mit 52 Jahren. Das erste Foto von ihm (links) entstand am 19. November 2003, das zweite nach seinem Tod, rund einen Monat später, am 14. Dezember 2003.

Gespräch SACHA BATTHYANY ANUSCHKA ROSHANI

Neben Krawallwerken von Jörg Kachelmann und Jean Ziegler findet sich auf der Bestsellerliste ein überraschend leises Buch mit dem schlichten Titel «Über das Sterben». Geschrieben hat es der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio, 50, der in Lausanne lehrt und arbeitet. Sein Ziel: mit konkreten Tipps die Angst vorm

kennt und arbeitet. Sein Ziel: mit konkreten Tipps die Angst vom Sterben zu nehmen. Deutlich zu machen, wie das Leiden eines Todkranken gelindert und auch seine letzte Strecke lebenswert gestaltet werden kann. So rät er etwa zu Eiswürfeln gegen das Trockenheitsgefühl im Mund oder empfiehlt Fragen, die man als Patient seinem Arzt stellen sollte. Nüchtern beschreibt er, wann Morphin eingesetzt werden muss, aber auch, inwiefern Meditation helfen kann. Nicht das Sterben sei der Schwerpunkt der Palliativmedizin, sagt Borasio, sondern das Leben.

Das Magazin — Ist heute schon ein Patient auf Ihrer Station gestorben?

Gian Domenico Borasio — Heute nicht. Eine Palliativstation im Akutspital ist auch keine Sterbestation, bei uns werden über die Hälfte der Patienten entlassen, wann immer möglich nach Hause. Manche Patienten kommen wieder, wenn es zu Hause nicht mehr geht. Letzte Woche starb ein Patient, der schon zum dritten Mal bei uns auf der Station war. Er konnte seine Selbstbestimmung bis zuletzt vollkommen ausüben, ohne den Ausweg Suizid in Betracht ziehen zu müssen. Der Patient war 44 Jahre alt, er hatte ALS, eine Krankheit, die eine fortschreitende Muskelschwäche bewirkt. Er hatte nach Beginn unserer Betreuung noch mehrere Monate eine gute Lebensqualität und wurde zu Hause beatmet. Schliesslich war die Erkrankung so weit fortgeschritten, dass er sagte: Jetzt reicht. Er war inzwischen völlig abhängig von der Beatmung und sagte uns daher, er wolle diese beenden, aber natürlich nicht ersticken. Wir sagten ihm: Die beste Methode ist, dass wir Sie sedieren, das heisst, mit Medikamenten in einen künstlichen Schlaf versetzen, und die Beatmung beenden.

Und dann?

Der Patient atmete nach Beendigung der künstlichen Beatmung unter Sedierung noch zwei Stunden ruhig weiter, bis er ganz friedlich starb.

Woher wissen Sie, dass er friedlich starb? Woran erkennt man, ob der Patient leidet?

An seinem Gesicht. Wenn ein Patient eine völlig entspannte Stirn hat, dann weiss man, dass er nicht leidet.

Sie müssen andauernd deprimiert sein.

Sehe ich so aus?

Sie haben täglich mit sterbenden, toten und trauernden

Menschen zu tun.

Die tägliche Auseinandersetzung mit dem Sterben ist ein grosses Geschenk. Sie birgt die Chance, die Augenblicke, die uns noch bleiben, bewusster zu erleben. Es gibt einen schönen Satz aus einem arabischen Gedicht: «Die Menschen schlafen, solange sie leben. Erst wenn sie sterben, erwachen sie.»

Etwas spät.

Ja, es ist eindeutig von Vorteil, wenn die Auseinandersetzung früher passiert. Deshalb ist es so wichtig, Ängste abzubauen und den Dialog über das Sterben zu verbessern.

Sollte es in den Schulen so wie Sexualaufklärung auch Aufklärung über den Tod geben?

Es ist sicher gut, wenn man in der Schule drüber spricht. Das habe ich selbst mehrfach getan, und Kinder sind für das Thema Tod und Sterben unendlich offen. Es gibt sehr spannende Projekte zum

stehen unglaublich offen. Es gibt sehr spannende Projekte zum Thema «Death Education».

Welche Symptome hat der Tod?

Der Tod selbst hat keine Symptome. Die Symptome beim Sterben sind sehr unterschiedlich, je nachdem, welches Organ die Todesursache ist: ob der Tod infolge eines Herz-Kreislauf-Versagens eintritt oder des Versagens der Lunge, des Gehirns, der Leber, der Niere oder einer Kombination davon. Der Patient, den ich erwähnte, hat am Schluss noch einen tiefen Atemzug gemacht, dann wars vorbei. Das ist nicht selten der Fall, aber nicht die Regel. Nur eins ist sicher — das hat Sogyal Rinpoche, der Verfasser des «Tibetischen Buchs vom Leben und vom Sterben», sehr schön gesagt: «Dying is very simple: You breathe out, you can't breathe in — that's it.»

Wie sieht ein Toter aus?

In aller Regel sehr friedlich, so wie man es auch in den wunderbaren Fotos von Walter Schels sehen kann. Die Vorstellung, dass der Anblick eines Verstorbenen ein furchterregender Anblick sei, den man zum Beispiel Kindern unbedingt ersparen sollte, ist erst in letzter Zeit entstanden. Früher war der Tod etwas Selbstverständliches, heute wird er von den Menschen ferngehalten.

Wir haben beide noch nie einen Toten gesehen, womit wir — wenn man sich umhört — allerdings keine Ausnahmen zu sein scheinen.

Wir leben in einer Kultur der Todesverdrängung. Alle Menschen, selbst Ärzte, verdrängen die Endlichkeit, obwohl sie für jeden von uns gilt. Medizinstudenten sehen zwar eine Leiche im Anatomieunterricht, der Zugang dazu ist aber dermassen versachlicht, dass es sich fast schon um ein Artefakt handeln könnte. Es gibt tatsächlich Ärzte, die es schaffen, ihr ganzes Studium lang in der klinischen Ausbildung keinen einzigen Toten zu sehen. Sie sehen Schwerstkranke und Sterbende, aber keine Toten. Tote werden sehr schnell entfernt.

Ist das gut oder schlecht?

Ich finde das weniger gut, weil dadurch der Tod marginalisiert wird, anstatt ihn in die Gesellschaft zurückzuholen. Er ist keine Normalität mehr. Früher haben die Kinder im Dorf in den offenen Sarg geschaut, den Toten mal berührt, es hat ihnen keine Angst gemacht. Schon ein kleines Kind hat mitgekriegt, dass alle paar Monate jemand im Dorf stirbt. Früher sind auch viel mehr Menschen zu Hause gestorben. Das versuchen wir jetzt mit viel Mühe wieder: dass mehr Menschen zu Hause sterben können.

Warum streben Sie das an?

Weil sich das die meisten Menschen wünschen: das Ende ihres Lebens im Kreis der Familie zu verbringen. Jeder kann sich noch verabschieden, auch die Kinder.

Ist das nicht zu viel für ein kleines Kind?

Es gibt Ausnahmen, wie immer, aber in aller Regel sollte man es Kindern unbedingt ermöglichen, von dem Verstorbenen — sei es ein Elternteil, sei es ein Geschwisterchen — Abschied zu nehmen. Es ist eine Fehlvorstellung, dass dies traumatisierend sei. Eher das Gegenteil kann traumatisieren — wenn es keine Möglichkeit gab, sich zu verabschieden.

Wie sagt man einem Kind, dass seine Mutter stirbt?

Wie sagt man einem Kind, dass seine Mutter stirbt?

Einfühlsam natürlich und altersangemessen, aber man sollte es nicht verheimlichen. Sowohl mit Kindern, die selbst sterben, als auch mit Kindern, deren Eltern sterben, kann man meist sehr offen über den Tod sprechen. Sie stellen ganz klare Fragen wie: «Tut

Sterben weh?» Die Erfahrung zeigt: Kinder wissen meistens viel mehr, als die Erwachsenen vermuten.

Was könnte ein Trost für ein sechsjähriges Kind sein, dessen Mutter stirbt?

Dafür gibt es keinen Trost. Es ist etwas Schreckliches. Für die Mutter vielleicht noch schrecklicher als für das Kind. Als Mutter zu wissen, dass man sein Kind allein lassen muss, ist wohl das Schlimmste. Aufgabe des Palliativteams ist es, gemeinsam mit der Mutter nach einer möglichst guten Lösung zu suchen. Bei einer intakten Familie hiesse das, dass man alles dafür tut, dass der Vater in seiner neuen Aufgabe unterstützt wird und andere Familienangehörige, wenn möglich, miteinbezogen werden.

Soll man auch das klärende Gespräch, etwa mit seinem sterbenden Vater, führen? Ein vielleicht erstes, auf jeden Fall letztes Mal alle Konflikte auf den Tisch packen?

Grundsätzlich gibt es vier Dinge, die zu sagen vor dem Sterben wichtig sein kann — für den Sterbenden wie für die Überlebenden. Diese vier Dinge hat Dr. Ira Byock in seinem schönen Buch «Dying Well» zusammengefasst, wenn auch etwas amerikanisch: «Please forgive me — I forgive you — Thank you — I love you.» Man sollte mit diesen Gesprächen nicht so lange warten, bis der Sterbende unmittelbar vor seinem Tod vielleicht nicht mehr in der Lage dazu ist, sondern am besten sein ganzes Leben so führen, dass diese Gespräche nach Möglichkeit am Lebensende gar nicht mehr nötig sind. Wenn man es aber versäumt hat, dann sollte man tatsächlich die Chance wahrnehmen, die einem das Sterben gibt.

Warum fällt uns das Kondolieren so schwer? Meist fällt einem nicht mehr ein als die Floskel «Herzliches Beileid».

Uns ist die Kultur des Kondolierens abhandengekommen. Dass man ganz normal auf trauernde Angehörige zugehen kann, dass sie nicht von einer ansteckenden Krankheit gezeichnet sind, weil ein Familienmitglied gestorben ist. Es ist sehr wichtig, aktiv auf sie zuzugehen, ihnen anzubieten, etwas zu unternehmen, und wenn sie «Nein danke» sagen, nicht beleidigt zu sein. Sondern einfach noch einmal wiederzukommen.

Wie gross ist Ihre Hoffnung, dass der Tod als Tabu fällt?

Die Hospizbewegung und die Palliativmedizin sind in gewisser Hinsicht eine Reaktion auf die Exzesse einer technologisierten Medizin, die, von ihren zweifellos grossartigen Erfolgen begeistert, etwas zu sehr in Richtung Todesverdrängung und Übertherapie abgedriftet ist. Nun schwingt das Pendel langsam wieder zurück. Immer mehr Menschen haben Angst vor Übertherapie und Kontrollverlust am Lebensende. Die Palliativmedizin hat dazu beigetragen, dass sich die Menschen mehr für das Thema interessieren, dass anders über den Tod geredet wird und über das Sterben. Es ist ja auch eine schlichte Notwendigkeit, denn 90 Prozent der Menschen werden in Zukunft an chronischen Krankheiten sterben. Auf uns rollt ein demografischer Tsunami zu,

mit immer mehr hochbetagten, chronisch kranken Menschen. Wenn wir nun nicht den palliativen Ansatz wählen, also die Lebensqualität der Menschen zum Massstab erklären, unter Einbeziehung der Familie und des gesamten sozialen Umfelds, wenn wir das nicht in die moderne Medizin einbauen, dann wird das nicht nur negative Folgen für die Sterbenden, sondern für das gesamte Gesundheitssystem haben.

Die moderne Medizin hat die Angst vorm Tod wachsen lassen. Viele fürchten, an Apparate angeschlossen, mit Schläuchen überall, im Spital dahinzusiechen. Wie viele Patienten sehen Sie angstfrei sterben?

Wir können keinem Menschen versprechen, dass er angst- oder schmerzfrei sterben wird. Aber wir können versprechen, dass wir in fast allen Fällen die Ängste und die physischen Beschwerden so weit lindern werden, dass sie erträglich sind.

Mein Grossvater war gegen Ende sehr verwirrt, manchmal auch richtig aggressiv. Der Arzt sagte, das sei ein Delir.

Das sogenannte agitierte Delir, wenn jemand randaliert und halluziniert, ist für Patienten, Angehörige und Behandlungsteam sehr belastend, aber weniger häufig. Beim hypoaktiven Delir ziehen sich die Menschen eher in sich zurück, und man muss genau hinschauen, um die Diagnose zu stellen. Die meisten Patienten leiden stark unter einem Delir, daher ist in der Regel eine rasche Behandlung notwendig. Wir hatten aber auch mal einen Patienten,

der in seiner letzten Lebensphase Halluzinationen sexueller Art hatte, die ihm gar nicht so unangenehm waren. Wir haben ihn gefragt, ob wir ihm Medikamente geben sollen — und er meinte: Auf gar keinen Fall! Bei jedem Symptom in der Palliativphase ist darauf zu achten, ob der Patient unter dem Symptom tatsächlich leidet. Appetitmangel zum Beispiel wird von der Mehrheit der Sterbenden nicht als störend empfunden. Müdigkeit empfinden manche Patienten als schrecklich, andere sagen: Ich schlafe den ganzen Tag, und es ist mir ganz recht so. Es ist ratsam, immer genau hinzuhören und nachzufragen, bevor man mit Medikamenten eingreift.

Gibt es den natürlichen Tod noch?

Wenn man ihn zulässt, schon. Früher stand auf dem Totenschein oft als Todesursache «Altersschwäche», heute kaum mehr. Vor allem auf dem Land sind die Menschen früher so gestorben, dass sie sich zurückgezogen, immer weniger gegessen und getrunken haben, und irgendwann sind sie friedlich eingeschlafen. Wenn man den Sterbeverlauf nicht durch unnötige medizinische Eingriffe stört, dann ist der natürliche Tod auch heute möglich. Auch und gerade bei Demenz oder Krebs kann es ihn geben, wenn man die Chance wahrnimmt, im richtigen Augenblick das Behandlungsziel von lebensverlängernd auf ausschliesslich palliativ zu ändern.

Was ist dann Ihre Aufgabe?

Die Palliativmedizin ist da, um Räume zu schaffen, wie es die grosse englische Ärztin und Begründerin der Hospizbewegung Cicely Saunders ausdrückte. Unsere Aufgabe ist es, Hindernisse wegzunehmen, die zwischen dem Menschen und seinem eigenen Tod stehen. Wir sind also weniger Sterbebegleiter, vielmehr Hebammen für das Sterben. Aber was die Menschen dann mit

diesem Raum machen, ist nicht unsere, sondern ihre Verantwortung. Es sollte keinen Leistungsdruck beim Sterben geben. Es gibt Menschen, die verbittert gelebt haben und verbittert sterben. Das tut einem zwar in der Seele weh, aber es ist trotzdem ihr Leben und ihr Tod gewesen. Das sollte man nicht geringer schätzen als den Tod von jemandem, der ein gutes Leben hatte, weil er vielleicht mehr Glück hatte, und der friedlich im Kreise seiner

Lieben stirbt. Der eine Tod ist nicht «besser» als der andere.

Ist uns die Angst vor dem Tod angeboren, oder entwickeln wir sie im Laufe unseres Lebens?

Die Angst vor dem Tod scheint eine anthropologische Konstante zu sein. Man ist ja mit der Auslöschung des eigenen Ichs konfrontiert: Meine Gedanken, meine Pläne, meine Hoffnungen, meine Beziehungen — alles weg. Wenn man das zu Ende denkt, führt das zum Horror Vacui, der Angst vor dem absoluten Nichts, zu einer Art innerpsychischer Panik. Es gibt Religionstheoretiker, die sagen, dass es der Ursprung aller Religionen sei, diese Angst mit Jenseitsvorstellungen zu bekämpfen.

Sind Sie religiös?

Ich bin katholisch sozialisiert und habe mich viel mit dem Buddhismus beschäftigt. Die Überzeugung, dass nach dem Tod noch etwas kommt, ist allen Religionen gemeinsam, nur wird es unterschiedlich beschrieben. Gemeinsam ist allen auch, dass das, was nach dem Tode kommt, damit zu tun hat, wie wir gelebt haben und wie wir uns auf den Tod vorbereitet haben. Insofern ist die Vorbereitung auf den Tod ein ganz wichtiger Bereich. Man sollte sie während des ganzen Lebens üben und nicht erst im letzten Lebensjahr.

Haben spirituelle Menschen weniger Angst vor dem Tod? Sterben sie leichter?

Die wissenschaftlichen Daten sagen: ja, im Allgemeinen. Weil sie denken, es geht in irgendeiner Form weiter. Es gibt aber auch Menschen, für die ihre Religion in der Sterbephase eine Belastung darstellt, insbesondere wenn sie starke Schuldgefühle hervorruft.

Wird man wahrhaftiger im Moment des Sterbens?

Gegenüber sich selbst, glaube ich schon. Man hat aber natürlich auch das Recht auszuwählen, wie viel man von seinem Innenleben im Augenblick des Todes der Umwelt preisgeben will und wie viel nicht. Es ist nun wirklich nicht die Pflicht eines Sterbenden, sein Seelenleben nach aussen zu kehren. Unsere Aufgabe als Palliativmediziner ist es, offen zu sein, aber nicht, von den Sterbenden etwas Bestimmtes zu erwarten. Die Sterbenden wiederum haben sehr wohl das Recht, von uns etwas zu erwarten,

denn wir erbringen eine hoch spezialisierte Dienstleistung. Dazu gehören Professionalität, Fachkompetenz, praktische Fähigkeiten wie aktives Zuhören und eine entsprechende Haltung.

Was bedeutet: Jemand kann nicht gehen?

Es gibt Situationen, wo man den Eindruck hat, jemand tut sich schwer mit dem Sterben.

Hängen wir nicht alle sehr am Leben?

Das ist sehr unterschiedlich. Wenn man ein Leben hatte, auf das man gern zurückschaut, dann fällt es in der Regel leichter zu gehen.

Es klingt paradox, aber Menschen, die ein hartes Leben haben, verabschieden sich manchmal schwerer.





Gian Domenico Borasio möchte den Weg bereiten für eine natürlichere Haltung zum Tod.

Gibt es viele, die glauben, etwas versäumt zu haben?

Ich kenne wenige Menschen, die sagen, sie würden in ihrem Leben alles genau so wieder machen. Aber das trifft auf uns alle zu, nicht nur auf die Sterbenden. Die meisten Menschen blicken zurück und sagen: Es gibt Dinge, die mir heute leidtun. Ich möchte mich dafür entschuldigen können. Sehr viele Menschen sagen aber zugleich: Ich hatte ein erfülltes, ein gutes Leben, für das ich dankbar bin.

Wie bringt man jemandem bei loszulassen?

Es gibt nichts, was Menschen an ihrem Lebensende tun müssten. Sie müssen auch nicht «loslassen», das ist ein Klischee. Wir sind da, um die Menschen zu begleiten, nicht, um sie in letzter Minute zu verändern oder sie in ein von uns definiertes Schema zu pressen. Wenn wir sehen, dass sie leiden, versuchen wir, den Ursachen des Leidens auf die Spur zu kommen und, wenn möglich, diese zu beseitigen. Wenn das Leiden ganz extrem ist, können wir durch die palliative Sedierung als Ultima Ratio die Wahrnehmung dieses Leidens ausschalten, weil die Patienten dann schlafen. Aber auch das geschieht selbstverständlich nur, wenn die Patienten das möchten. Es gibt Menschen, die sehr stark leiden, aber dieses Leiden bewusst erleben wollen.

Wurden Sie von Patienten schon gebeten, ihr Leben zu beenden?

Ja, es gibt Menschen, die ihre Selbstbestimmung dadurch ausüben möchten, dass sie den Zeitpunkt ihres Todes selbst wählen. Aber nur in den seltensten Fällen ist dazu eine Assistenz im Suizid notwendig.

Sondern?

Die meisten Menschen, die wir betreuen, bekommen irgendeine Form von lebenserhaltenden Massnahmen, die man beenden kann und muss, wenn sie von den Patienten nicht mehr erwünscht sind. Das hat dann nichts mit Suizid zu tun, sondern mit dem Zulassen des Sterbens. Leider wissen viele Patienten und auch manche Ärzte nicht, dass es jederzeit die Möglichkeit gibt, lebenserhaltende Massnahmen zu beenden.

Was folgt daraus?

Wenn es um die Verwirklichung der Selbstbestimmung am Lebensende geht, kommt den Therapieentscheidungen eine viel grössere Bedeutung zu als dem assistierten Suizid. In der Schweiz

wird bei ungefähr der Hälfte der Todesfälle am Ende irgendeine medizinische Entscheidung getroffen, die darin besteht, dass man eine lebenserhaltende Massnahme nicht mehr beginnt oder sie beendet. Die Hälfte, das sind also etwa fünfhundert von tausend Fällen. Der assistierte Suizid dagegen kommt in fünf von tausend Fällen vor. Es ist folglich hundertmal wichtiger, dass die Ärzte wissen, dass für jeden von uns irgendwann der Punkt kommt, wo

eine Therapieziel-Änderung hin zur Palliativmedizin notwendig ist, wo das Ziel der Lebensverlängerung keinen Sinn mehr ergibt und die Lebensqualität Priorität hat.

Konkret?

Wir haben vor kurzem unsere Kollegen in der Kardiologie bei der Behandlung eines Patienten mit einer weit fortgeschrittenen Herzinsuffizienz beraten, dem es sehr schlecht ging und der so schnell wie möglich sterben wollte. Die Option, Exit einzuschalten, war ihm zu langwierig. Der Patient hatte aber einen Herzschrittmacher, von dem seine Herzfunktion völlig abhängig war. Wir haben den Kardiologen gesagt: Habt ihr euch überlegt, dass der Herzschrittmacher eine fortgesetzte medizinische Intervention ist, die der Patient jederzeit ablehnen kann und vielleicht auch ablehnen wird, wenn man ihn danach fragt? Die Kollegen meinten, das sei eine gute Idee. Drei Stunden später war der Patient tot, genau wie er es sich gewünscht hatte.

Wissen die meisten Patienten, dass sie dem Tod nah sind?

Viele ahnen es. Menschen sind in der Lage — das ist faszinierend zu beobachten —, auf zwei Ebenen zu denken. Auf der einen Ebene genau zu wissen, dass sie sterben, und auf der anderen mit Überzeugung zu sagen: Nächstes Jahr möchte ich nach Mallorca in den Urlaub. Obwohl sie auf der ersten Ebene genau wissen, dass sie sich etwas vormachen.

Woher weiss man, dass man stirbt?

Entweder hat man die faktische Information. Oder ein inneres Wissen.

Und das trügt nicht?

Wenn ein Patient sagt, er spüre, dass er bald sterben wird, stimmt es in sehr vielen Fällen. Eine Patientin etwa, der wir noch mehrere

Wochen zu Hause gaben, sagte zu uns: Ich sterbe heute Nacht. Und so war es dann auch.

Wenn ein Arzt weiss, dass ein Patient bald sterben wird, soll er es ihm sagen?

Jeder Patient hat das Recht auf Wissen, aber genauso das Recht auf Nichtwissen. Das heisst, man darf dem Patienten keine Informationen vorenthalten, die er wissen möchte, aber auch keine Information aufzwingen, die er nicht haben möchte. Die Unterscheidung ist dabei nicht immer einfach.

Wie geht man richtig vor?

Darüber, wie man «bad news» überbringen sollte, gibt es sehr gute Studien. Das wichtigste Prinzip ist, die Patienten dort abzuholen, wo sie stehen. Oft wissen sie viel mehr, als der Arzt vermutet. Wer das unglaublich gut auf den Punkt gebracht hat, war der Philosoph Søren Kierkegaard. Von ihm stammt ein Zitat, das man in Stein über jeden Spitaleingang meisseln sollte: «Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir erst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis aller Fürsorge. Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu denken, wir könnten jemandem helfen.» Und weiter sagt der Existenzialist Kierkegaard: «Jemandem zu helfen impliziert zwar, dass ich mehr verstehe als er, aber ich muss zuallererst das verstehen, was er versteht.»

Man hört oft, dass die Verwandten rund um die Uhr am Bett des Sterbenden wachen, und in ebenjenen Minuten, in denen

sie zur Toilette gehen, stirbt er. Wie sehr kann man über den Zeitpunkt seines Todes selbst bestimmen?

Viele Menschen scheinen das steuern zu können. Sogar aus dem Koma heraus.

Wie erklären Sie sich das?

Zum einen ist die Arbeit des Sterbens etwas sehr Intimes. Manche Menschen möchten und müssen dafür allein sein. Zum anderen kann es auch ein letztes Geschenk sein, dass man den Angehörigen den eigenen Tod nicht zumuten möchte.

Stimmt es, dass jeder seinen eigenen Tod stirbt, oft einen, der seiner Persönlichkeit entspricht?

Ja, das stimmt meistens. Wir hatten mal eine Dame auf der Station,

die um ihre Symptome ein Riesentheater veranstaltete. Trotz aller Bemühungen konnten wir ihre Beschwerden nicht in den Griff bekommen. Es war jedes Mal wieder ein Drama. Bis wir daraufkamen, dass diese Dame von Beruf Opernsängerin gewesen war. Sie hatte ihr ganzes Leben als Diva gelebt, und natürlich würde sie das in ihrer letzten Lebensphase nicht ändern. Wir sahen die Visite von da an jedes Mal als eine Art Aufführung: Wir waren ihr Publikum. Die Situation entspannte sich merklich, obwohl wir nichts veränderten als unsere innere Haltung ihr gegenüber.

Es war ihr letzter Auftritt.

Ja, und der zog sich über mehrere Wochen hin, bis ganz zum Schluss. Sie ist dann auch mit Pomp von dieser Welt gegangen.

Die meisten Sterbenden aber, sagen Studien, werden demütiger und selbstloser.

Unsere Studien zu diesem Thema haben in der Tat ergeben, dass fast alle Menschen im Angesicht des Todes einen Wandel ihrer Wertvorstellungen hin zum Altruismus erfahren. Wenn man mit Sterbenden redet, machen sie sich viel mehr Sorgen darum, wie es der Familie gehen wird, wenn sie mal nicht mehr da sind. Und dieser Wandel in den Wertvorstellungen bringt eine Verbesserung der Lebensqualität der Sterbenden hervor. Da stellt sich doch die Frage: Warum müssen wir erst kurz vor dem Tod stehen, um zu begreifen, dass Altruismus glücklich macht?

Gibt es den guten Tod?

Nein. Es gibt nur den jedem einzelnen Menschen mit seiner Lebensgeschichte, seinen Sorgen, Nöten und Wünschen angemessenen Tod. Die Wertung «gut» oder «schlecht» ist hier fehl am Platze. In all den Jahren der Begleitung Sterbender habe ich vor allem gelernt, mich immer mehr zurückzuziehen mit meiner eigenen Vorstellung von dem, was gut oder schlecht für den Patienten ist.

Wie hat sich die Beschäftigung mit dem Sterben auf Ihr Leben ausgewirkt?

Die berufliche Beschäftigung mit dem Sterben hat den Vorteil, dass man nach einer Weile im Alltag ein bisschen gelassener wird. Vieles sieht man in etwas milderem Licht, bestimmte Dinge bringen keine so starken negativen emotionalen Reaktionen hervor wie früher.

Wird nicht alles sinnlos, wenn man eh weiss, dass man stirbt? Warum soll ich überhaupt etwas leisten, wenn ich sowieso sterbe?

Das ist das Interessante: Die Tatsache, dass das Leben endlich ist,

macht jeden Moment kostbar. Es lohnt sich, in jedem Augenblick, das, was man tut, ganz zu tun und gut zu tun, gerade weil das Leben endlich ist. Jede Tätigkeit, die man macht, ist es wert, dass man sie richtig gut macht. Dass man sich nicht ablenken lässt.

Wenn Sie erführen, dass Sie nur noch wenige Monate zu leben haben: Empfänden Sie Reue?

Nein, eher tiefe Dankbarkeit, auch wenn es natürlich einzelne Dinge aus der Vergangenheit gibt, die ich bereue. Ich hatte und habe ein erfülltes Leben, sowohl privat als auch beruflich. Mit allen Höhen und Tiefen. Ich hatte und habe das Glück, wunderbare Menschen als Kollegen zu haben. Viele Patienten und Familien haben sich unserem Team anvertraut und uns mitgenommen in ihr Leben und ihr Sterben, womit sie uns alle unglaublich bereicherten. Ich betrachte mich als sehr privilegiert.

Sie würden nicht bereuen, etwas versäumt zu haben? Keine grosse Reise mehr machen wollen?

Nein.

Sie beschreiben drei Wunschvorstellungen für das eigene Sterben, unter denen Sie Zuhörer Ihrer Vorträge wählen lassen: der plötzliche, unerwartete Tod aus voller Gesundheit heraus, wie ein Herzinfarkt; der mittelschnelle Tod durch eine schwere Krankheit wie Krebs, der sich über zwei, drei Jahre streckt, mit bester Beschwerdelinderung und Palliativbegleitung, oder der langsame Tod über zehn Jahre, auch mit bester Pflege und Begleitung. Welches Sterben wünschen Sie sich?

Alternative zwei.

Etwa drei Viertel der Menschen entscheiden sich für die erste Alternative, den unerwarteten Sekudentod — warum Sie nicht?

Weil man sich dann nicht vorbereiten kann.

Haben Sie für sich selbst bereits alles geregelt, schon Ihren

Grabstein ausgesucht?

Ich habe eine Patientenverfügung erstellt, und meine Frau weiss, was ich möchte. Das Entscheidende ist, die Gespräche über das Lebensende rechtzeitig mit den Menschen zu führen, die uns am nächsten stehen.

Kennen Sie einen guten Witz übers Sterben?

Es gibt viele gute Bonmots übers Sterben. Woody Allen sagte: «Ich habe keine Angst vorm Sterben, ich möchte nur nicht dabei sein, wenns passiert.» Und Sogyal Rinpoche sagte einmal: «If you are

← | Blättern | →

↑ Top