

Die Sicht des Mediziners

Der Tod als Alltagserlebnis

Das Alltägliche

Merzig an der Saar, Freitag, den 20.7.85

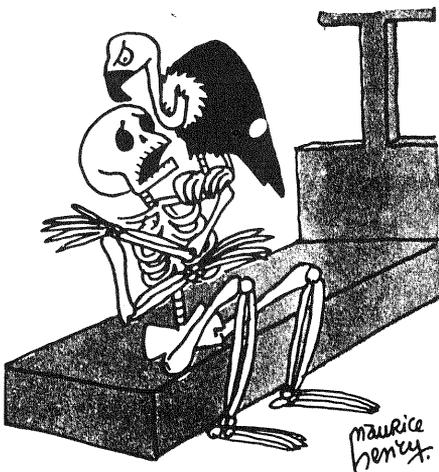
02h30: Der Säugling, 1/2 Jahre alt, eingeklemmter Leistenbruch, schläft seine Narkose aus. Die OP verlief komplikationslos, die Krise ist überstanden. Ich falle müde aber zufrieden ins Bett.

05h08: Das durchdringende Piepsen des Notarztsuchgerätes reißt mich aus dem Schlaf. 2' später sitzen wir im Wagen. Unfall in Tnsdorf. Ein Bild des Grauens! Ein Reisebus mit 41 Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren ist umgekippt. 34 Mittelbis Schwerverletzte. 7 davon noch eingeklemmt. Ich komme nicht einmal an einen Arm heran, um eine Infusion anzulegen. Es beginnt eine furchtbare Wartezeit: 1 Stunde tatenloses Zuschauen, während die Feuerwehr die Verletzten zu bergen sucht, um dann die Gewißheit zu haben, daß für 4 junge Leute jegliche Hilfe zu spät kommt.

Später dann, wenn ich endlich schlafen darf, kann ich nicht. Die 3 Jungen und das Mädchen gehen mir nicht aus dem Kopf. Ein Pärchen haben wir aus enger Umschlingung auseinanderbrechen müssen, um sie bergen zu können. Waren diese jungen Leute sofort tot? Oder haben sie miterleben müssen, wie mit jeder Minute die Erstickungsgefahr größer wurde? Die Zärtlichkeit der Umarmung, die auch der Tod nicht auszulöschen vermochte, spricht eigentlich gegen diese Annahme. Gerührt hatten sie sich ja von Anfang an nicht. Ich bin überzeugt, daß sie sofort tot waren. Oder doch nicht?

Ich kann nicht schlafen.

Als Krankenhausarzt, der dreimal in der Woche Notdienst verrichten muß, könnte ich zig Beispiele ähnlicher Natur darstellen. Manche sensationshungrige Zeitgenossen könnten sich vielleicht daran ergötzen, meine Empfindungen, die ich gebeten wurde auszudrücken, wären damit kaum in Worte gefaßt. Die oft gehörte, oft behauptete Meinung, als Arzt stumpfe man ab mit der Zeit, ist eine Legende. Man s c h o t t e t sich ab, äußerlich, sofern man psychisch berleben will. Es ist ein



— Tu vois bien
que je n'ai plus
rien pour toi !

maurice
henry.

steter Kampf um das Leben, mit dem Tod und mit dem Verlangen, Augen, Geist und Seele vor dem Unabänderlichen zu verschließen.

Vielleicht wird die schluendliche Niederlage vor dem Tod manchmal als persönliche Niederlage empfunden.

Stets aber bleibt der kleine, nagende, unbewußte Zweifel an den eigenen Fähigkeiten: Hab' ich alles getan, was ein Mensch tun kann, dieses mir jetzt entglittene Leben zu erhalten? Hab' ich nichts übersehen? Hab' ich zu schnell aufgegeben? War ich gleichgültig, übermüdet, resigniert? Hab' ich zu sehr abgeschaltet, um mich zu schtzen? Manchmal beneide ich gar die Hinterbliebenen um ihre Trauer: der Arzt hat keine Möglichkeit, seine aufgestauten Emotionen, Aggressionen freizusetzen (es sei denn, er schreit das unschuldige Pflegepersonal an, was durchaus vorkommen soll); er schluckt und arbeitet weiter. Der nächste Hilfsbedürftige wartet ja schon.

Subjektive Definitionen

1. Der Tod ist das (natürliche) Ende des Lebens, eines vitalen Organismus, dessen Leib von da ab nur noch den Gesetzen des Anorganischen untersteht.
2. Platon und auch das Christentum betrachten das Leben als von einer im Körper zeitweilig "eingekerkerten" Seele verursacht, den Tod also als den Auszug der Seele aus dem Leib in die Unsterblichkeit.
3. Epikur (und die Stoa) lehrt: Der Tod ist für uns ein Nichts, denn solange wir leben, ist er nicht da, und wenn er da ist, sind wir nicht mehr.
4. Die Theologie bezeichnet den Tod als der Sünde Sold; Gottes Gnade verheißt die Wiederauferstehung.
5. Den Tod gibt es nur für Lebewesen, die sich geschlechtlich fortpflanzen, d.h. für die höher organisierten Lebewesen (gehören die Pflanzen dazu?). Erdgeschichtlich gibt es den Tod also noch nicht lange. Dem Keimplasma kommt potentiell die Unsterblichkeit zu: es wird durch Vererbung von einer Generation zur anderen übertragen. (1)

Objektive medizinisch-pathologische Definitionen

"Der Tod bedeutet das Ende des Lebens für den Gesamtorganismus. Er ist gekennzeichnet durch das Aufhören aller Organfunktionen." (2)

Die Schwierigkeit, den Zeitpunkt des Todeseintrittes exakt zu definieren, beruht darauf, daß die einzelnen vitalen Funktionen des Organismus zumindest eine Zeitlang unabhängig voneinander weiterbestehen können. So kann nach Aussetzen der Herz-tätigkeit die Atemfunktion noch erhalten bleiben und umgekehrt.

Zwischen Leben und Tod liegt daher eine Zeitspanne mit einer "vita reducta", aus der man durch intensive therapeutische Maßnahmen die Rückkehr zum Leben erzwingen kann.

Da die Gehirnzellen eine Absperrung von der Sauerstoffzufuhr nicht länger als 5-8 Minuten ertragen, ohne irreversibel geschädigt zu werden, wird die Feststellung des Todes vom Ausbleiben der elektrischen Ströme des Gehirnes (EEG) abhängig gemacht. Der Zeitpunkt des Todes eines Individuums wird demnach mit dem Eintritt des "Gehirntodes" gleichgesetzt (juristisch wichtig z.B. im Falle von Organentnahmen zu Transplantationszwecken): Null-Linie im EEG für die Dauer von mindestens 20 Minuten!

Die Leichenbeschauer ziehen allerdings andere Kriterien für den sicheren Nachweis des eingetretenen Todes heran, die sogenannten "Todeszeichen": Totenflecken, Totenstarre, Abfall der Körpertemperatur (obschon bei manchen fieberhaften Erkrankungen sogar eine Temperaturerhöhung für kurze Zeit nach dem Tode möglich ist), Trübung der Hornhaut der Augen, Auflösung der organischen Körpersubstanz (Autolyse), die durch Mitwirkung von Bakterien in Fäulnis übergeht.

Tod als irreversibler Verlust vitaler Funktionen. Reanimation

... "Tod" wird definiert als derjenige Zustand des Körpers, in dem seine Wiederbelebung unmöglich ist.

Damit eine Wiederbelebung überhaupt stattfinden kann, müssen die Körperzellen bis zu einem gewissen Grade biologisch minimal aktiv geblieben sein, wengleich mit den angewendeten Methoden klinisch nicht mehr unbedingt Anzeichen für solche Vorgänge zu entdecken sind. Aber noch scheint es unmöglich zu sein, den Punkt exakt zu bestimmen, an dem es keine Umkehr mehr gibt. Möglicherweise liegt dieser Punkt bei jedem Menschen woanders, und ist auch gar kein fester Punkt, sondern eher ein gleitender Übergang in einem Kontinuum. (3)

Die Reanimation hat ihre eigenen Gesetze. Wohl auch ihre eigene Terminologie. Wenn ein Mensch seine "Seele aushaucht", muß man sie ihm halt wieder "einhauchen", wie es der lateinische Name schon verbildlicht. Vom Tod ist nicht die Rede. Wenn der Begriff "Tod" gedacht oder gelegentlich einmal ausgesprochen wird, so dringt er kaum ins Bewußtsein des Arztes. Angelernte Automatismen helfen, auf einen viel augenscheinlicheren Tatbestand zu reagieren:

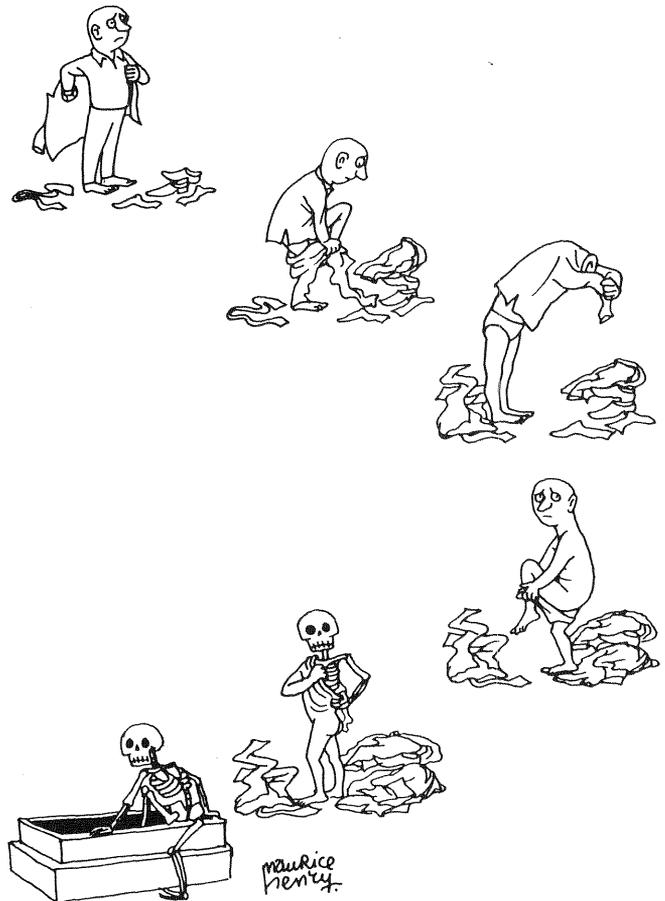
Kreislaufstillstand: bzw. Herz- und Atemstillstand

Ableben, Tod, Sterben, sind subjektive Bezeichnungen des Laien und nur hinderlich bei der Instandsetzung des defekten Organismus. P. SAFAR definierte 1963 den Herz- und Kreislaufstillstand folgendermaßen: "Cardial arrest is the clinical picture of cessation of circulation in a patient, who was not expected to die at that time." (4)

Obgleich das Wort "Tod" diesmal tatsächlich benutzt wird, beinhaltet die Definition auch schon die Indikation zur Wiederbelebung. Der Tod ist für den Arzt ein "Arbeitsbegriff", ein Zustand, den man zu ändern sucht. Daß diese Versuche auch fehlschlagen können, daß Menschen wirklich sterben, diese traurige Tatsache würde vom Mediziner

am liebsten, ... "tot" geschwiegen.

Die Beherrschung der Techniken der Reanimation hat zu keiner Zeit ein wirkliches Problem dargestellt. Die Probleme, vor die sich der Arzt - völlig unverbereitet - gestellt sieht, sind von ganz anderer Dimension: Einerseits sieht er sich in eine Situation versetzt, die ihm die Herrschaft über Leben und Tod aufzwingt: Er ist Gott, er soll die "letzte Entscheidung" treffen: Leben oder Tod!



Andererseits schwebt er in einem rechtlichen Leerraum, denn der Gesetzgeber übt vornehme Zurückhaltung. Das Gesetz hat, wie die Kirchen auch, mit der technischen Evolution nicht Schritt halten können (wollen?). Es reicht auch nicht, sich auf eine "ärztliche Ethik" zu berufen, Begriff, der alles und nichts aussagen kann. Auch die Ethik unterliegt der Evolution.

Die praxisbezogenen Fragen, die sich dem Arzt aufdrängen, lauten: Wann reanimiere ich? Wann ist es sinnlos?

Ein irreversibler Hirnschaden (cf. path. Definitionen) läßt durchaus ein Wiederherstellen der Herz- und Atemfunktion zu, technisch keine Schwierigkeit. Diese Funktionen können später sogar wieder spontan von untergeordneten Hirnzentren übernommen werden. Aber: Lebt dieser "reanimierte" Mensch wirklich? Wurde ihm seine Seele wieder eingehaucht? Oder ist er tatsächlich nur noch diese nicht ansprechbare, lebensunfähige Hülle, die man über Jahre hinaus künstlich ernähren muß? Die Antwort auf die Frage, was Leben eigentlich ist, müßte diesen Gesichtspunkten entsprechend neu formuliert werden.

Die Gehirnzellen sind normalerweise nach 5-8 Minuten irreversibel geschädigt. Also: Reanimation sinnlos? Es wurden aber schon Menschen reanimiert, die ertrunken waren und mehr als eine halbe Stunde im eiskalten Wasser gelegen sind: Die Reanimation war erfolgreich, die Hirnzellen nicht geschädigt, da die im Wasser herrschende Kälte sie offensichtlich konserviert hatte.

Wann also reanimieren? Die alte Dame, um die 90, nach Lungenembolie oder Herzinfarkt, seit Jahren gelähmt, verwirrt und inkontinent? Wäre der Tod nicht eine Erlösung?

Der Gesetzgeber hat erkannt, wie komplex die Situationen und wie individuell die Schicksale sein können, und wagt sich nicht an eine allgemein gültige Regelung heran. Er überläßt die Entscheidung, die letzte, dem Arzt, und klagt ihn an, wenn er - in den Augen der Öffentlichkeit - falsch entschieden hat ...

Sterbevorbereitung?

Als ich gebeten wurde, diesen Beitrag zu schreiben, wollte die "forum"-Redaktion auch wissen, ob es so etwas wie eine "Sterbevorbereitung" gibt: einen bestimmten, definierbaren Umgang mit Tодgeweihten, eine Sterbehilfe, bzw. -erleichterung. Um es kurz zu machen: es gibt sie nicht! Wenigstens nicht vom Arzt ausgehend!

Vielleicht kann es sie auch gar nicht geben: es wäre das glatte Eingeständnis, versagt zu haben. Es soll Ärzte geben, die dem Patienten dessen aussichtslose Lage persönlich übernehmen. Der Kranke wird in der (unberechtigten) Hoffnung belassen, wieder gesund zu werden, und niemand käme auf den Gedanken, ohne von den Umständen dazu gezwungen zu sein, ihm den unerschütterlichen

Glauben an die Allmacht der Medizin zu nehmen. Verdrängung oder Bequemlichkeit?

Es ist jedoch eine Tatsache, daß die Hoffnung auf Genesung, das "Sich-nicht-aufgeben", der Kampf um den letzten Lebensfunken, oft Erstaunliches bewirken. Ebenso unwidersprochene Tatsache ist, daß keine Heilkunst der Welt ohne tatkräftige Mithilfe des Kranken auskommen kann.

Da aber niemand mit letzter Bestimmtheit wissen kann, welche Krankheit bei welchem Patienten wann zum Tode führt vgl.den: ("Tod als irreversibler Verlust vitaler Funktionen"), bleibt dem Verantwortungsbewußten Mediziner nur die Möglichkeit, den Überlebenswillen des Kranken mit allen Mitteln zu stärken. Es würde an Defätismus grenzen, den Tod auch nur in Betracht zu ziehen, geschweige denn, rationell darüber zu sprechen. Denn wer möchte darüber befinden, ob es nicht erst der Mangel an Überlebenswillen ist, der zum Tode führt.

Es gibt allerdings die Ausnahmen: ein Krebskranker mit Leber- und Hirnmetastasen, Flüssigkeitsansammlung im Bauchraum und Herz-Kreislaufbeteiligung ist zweifellos zum Tode verurteilt! Die Medizin hat ihn aufgegeben, er ist zum Fall für die Statistik und die geplagten Krankenpfleger geworden. Der Arzt wendet sich aussichtsreicheren Fällen zu. Vielleicht nicht einmal zu Unrecht ...

Dr. med. Françoise Gilbertz-Pauly
Kreiskrankenhaus Merzig/Saar
Chirurgie/Notararzt

Zitierte Literatur:

- (1) Philosophisches Wörterbuch, Kröner-Verlag
- (2) Allgemeine Pathologie, H. Hamperl, Springer-Verlag
- (3) Leben nach dem Tod, R.A. Moody, Rowohlt
- (4) P. Safar. Resuscitation Controversial Aspects An International Symposium Wien 1962, Springer 1963