

# Eine Begleitung

## Sterbewunsch einer krebskranken Frau. Ein Fall aus der Allgemeinpraxis

B. Wälti

Frau E. war eine ehemalige Arbeitskollegin meiner in der Praxis mitarbeitenden Ehefrau, eine mir bekannte und soweit auch nahestehende Person. Sie wurde 67 Jahre alt, als sie von ihrem metastasierenden Bronchuskarzinom zu Hause im Beisein ihrer Angehörigen erlöst wurde. Zweimal bat sie mich, ihrem Leiden ein Ende zu setzen. Ganz zu Beginn bei der Diagnosestellung und Stunden vor dem langsam eintretenden Tod wegen der sehr starken Schmerzen. Doch alles der Reihe nach.

Kennenlernen durfte ich die Hilfsschwester aus einem örtlichen Pflegeheim im Jahre 1995, im Rahmen eines banalen viralen Infektes der oberen Luftwege. Der Zusammenhang zwischen Infekten der Luftwege und dem Rauchen wurde schon damals thematisiert; auch die mögliche Entstehung eines Lungenkrebses war ihr bewusst.

«Das weiss ich, aber was soll ich noch in meinem Leben und in meinem Alter? Es war nicht so schön.» Die Bedeutung dieser Worte kannte ich zu Beginn natürlich nicht. Es galt vorerst, den Infekt mit dem quälenden Husten zu beherrschen.

Pflichtbewusst und lege artis wollte ich die im Raum stehende mögliche Diagnose eines Bronchuskarzinoms nicht verpassen. Die damaligen Abklärungen der 61jährigen ergaben (auch retrospektiv) keine Hinweise auf ein malignes Leiden.

In den folgenden Monaten und Jahren kam immer wieder ihre Schwachstelle zum Vorschein, zunehmend verschlechterte sich der Raucherhusten durch Infekte.

Da sie klar betonte, sie könne und wolle auch gar nicht mit Rauchen aufhören, ignorierten wir das unangenehme Gefühl, irgendwann könnte sich ein Karzinom entwickeln. In der Zeit, in der wir auf die Abklärungen verzichteten, redeten wir über ihr Leben, ihr Wesen und warum sie so nihilistisch ein Krebsleiden hinnehmen würde.

Sie hatte kein sehr schönes Leben als Kind und schon gar nicht als Ehefrau. Sie wurde jahrelang von ihrem Mann mit anderen Frauen betrogen. Viele Jahre hielt sie das der Kinder wegen aus und erduldet die Erniedrigung und Schmach, bis alle aus dem Gröbsten heraus waren. Schliesslich liess sie sich scheiden. Die

Scheidung führte sie in die Arbeitswelt, sie musste zwangsläufig eine Stelle finden, damit sie für ihren Lebensunterhalt aufkommen konnte. Sie hat viele Jahre als Hilfsschwester gearbeitet. Das Alleinsein versuchte sie durch das Halten eines Hundes auszufüllen. Sie schaffte dies auch, er war ihr sehr lieb geworden und nahegekommen.

Im Februar 2001 kommt Frau E. wieder einmal in die Praxis, aber diesmal mit starken Schmerzen, welche schon seit einigen Wochen bestanden und sie durch Hausmittelchen nicht beherrschen konnte. Es waren so spezielle Schmerzen im Schulter-, Arm- und Nackenbereich links, dass sie mich dazu bewegten, bei der bekannten Anamnese des Nikotinmissbrauches wieder einmal ein Thoraxröntgen zu veranlassen.

Die Aufnahme war niederschmetternd. Für die Patientin, weil ich ihr meine an Sicherheit grenzende Vermutung mitteilen musste. Für mich bewegend, weil ich genau das zu sehen bekam, was ich befürchtete. Wie kann man nur so unvernünftig sein und trotz der Mahnfinger und diverser Gespräche über das Rauchen und dessen Konsequenzen so liederlich mit dem Leben umgehen?, dachte ich mir.

Frau E. merkte meinem Gesichtsausdruck sofort an, dass jetzt etwas Ernstes anstehen würde. Sie begann zu weinen. Ihre ersten Sätze, nachdem sie sich gefasst hatte, waren: «Aber ich lasse gar nichts machen. Geben Sie mir eine Spritze oder eine Tablette, damit ich dem aus dem Weg gehen kann.» Diese Sätze haben mich so beeindruckt, weil sie so spontan, fast geschossartig ausgesprochen wurden. Die allermeisten Betroffenen einer solchen Diagnose wünschen irgendeine Massnahme oder Therapie. Es besteht mindestens der Wunsch, etwas zu machen oder das Gefühl zu haben, dass alles versucht wurde. So explizit nichts zu machen ist die Ausnahme.

Ich lenkte das Gespräch wieder auf medizinische Bahnen. Schliesslich konnte ich ihr abringen, eine gewisse Diagnostik zu betreiben, obwohl im konventionellen Thoraxröntgen kontralaterale Rundherde des Primärtumors in der linken Lungenspitze zu sehen waren. Eine Operation war in diesem Fall schon längst nicht mehr möglich.

Korrespondenz:  
Dr. med. Bernhard Wälti  
Dorfstrasse 21  
CH-9306 Freidorf

E-Mail: [bmwaelti@hin.ch](mailto:bmwaelti@hin.ch)

Sie willigte in die CT-gesteuerte Punktion des Prozesses der linken Spitze ein. Zu allem Leidwesen kam heraus, dass es sich um ein nicht-kleinzelliges Karzinom handelte, sondern um ein Bronchuskarzinom Stadium T3 N2 M1 mit Lungenmetastasen. So war auch die chemotherapeutische Annäherung unmöglich.

«Nun ist es so, ich akzeptiere es. Ich möchte keine Therapieversuche haben. Ich möchte möglichst bald sterben können.» Mit diesen Worten und stark bedrückt verliess sie die Praxis. Ich bat sie, in einigen Tagen wiederzukommen, denn es gäbe noch einiges zu besprechen.

Schon zwei Tage später stand sie wieder da. Sie hatte drei Wünsche. Erstens bat mich Frau E. um Sterbebegleitung zu Hause. Zweitens wünschte sie, keine Schmerzen zu haben. Sie fürchte sich vor nichts mehr als vor Schmerzen. Schliesslich wusste sie als Schwesternhilfe, dass viele terminale Patienten mit unerträglichen Schmerzen ihr Leben aufgeben mussten. Als drittes wollte sie ein Schädel-CT!

«Warum ein Bild des Kopfes?», fragte ich zurück. «Weil ich wissen will, ob ich noch normal bin.» Auch hier eine ganz spezielle Art, erfahren zu wollen, ob Ableger im Kopf vorhanden sind und ob sie diese zum «Spinnen» bringen würden.

Hier kam die ermutigende Antwort des Radiologen, dass keine Ableger vorhanden waren.

Die erwähnten Schmerzen im Bereich des oberen Schultergürtels liessen sich sehr gut mit Diclofenac beherrschen. Vorübergehend steigerte sich die Lebensqualität merklich.

Ich wollte sie so einmal sein lassen, immer mit dem Hinweis, wenn sich etwas verändere, könne sie jederzeit anrufen. Sie konterte damit, dass sie mich jede Woche in der Praxis sehen und sprechen wolle.

Sie nahm diese Termine stets wahr, auch in den guten Zeiten. Ihre Tochter fuhr sie in meine Praxis, wartete aber draussen im Auto. Organisatorisch waren die Angehörigen zum Mittragen bereit, emotional aber nur wenig.

Mehrere Wochen lang erzählte sie immer mehr Details aus ihrem Leben, über ihre Familie und alles, was sie in der Woche unternahm und noch vorhatte. Ich bekam einen weiten Einblick in das Wesen von Frau E. und begriff zunehmend, warum sie so handeln wollte.

Natürlich gingen die Wochen nicht ohne Verschlechterung einher. Die Lungensymptomatik wechselte immer mehr. Die Schmerzen wurden immer intensiver, der Körper zunehmend schwächer.

Sie konnte nicht mehr in die Praxis kommen und erste Hausbesuche wurden notwendig.

Im Spital zu sterben kam nicht in Frage. Zu Hause sollte es sein. Weil sie niemandem zur Last fallen wollte, besonders nicht finanziell, kündigte sie ihre Wohnung rechtzeitig und konnte bei einer Tochter in der Nachbargemeinde unterkommen. Hier wollte sie sterben. Wenn es aber zur Qual für die Angehörigen werden würde, dann könne ich sie ins Pflegeheim einweisen, «aber bitte nicht ins Spital». In der spartanisch umfunktionierten Kammer traf ich Frau E. rund zwei Wochen vor ihrem Tod erstmals im Bett an. Die Schmerzen waren nun derart stark, vermutlich durch Einwachsen des Tumors in den Plexus brachialis, dass oral verabreichte Medikamente auch aus der Opiatgruppe mehr Nebenwirkung hervorriefen als Linderung gaben.

Meine in der Praxis mitarbeitende Frau ist selbst Krankenschwester, und so nahm Frau E. gerne Infusionen. Die Schmerzmittel konnten in Form eines klassischen lytischen Cocktails verabreicht werden.

Immer wieder beobachte ich in solchen Situationen, dass trotz potenter Analgetika Schmerzen bestehen, dass diese nicht restlos beseitigt werden können.

Frau E. bittet mich nun das zweite Mal, dass ich ihr den Tod erleichtere. So wolle sie nicht «abtreten».

Ich erläutere ihr, dass dies nicht einfach so möglich sei, was sie durchaus versteht. Sie fügt aber bei, wäre ihr Hund so schwer krank, würde man ihn abtun.

Mir kommen Gedanken auf, die jeder Arzt in einer solchen Situation hat. Frau E. hat bei der Diagnosestellung ein weit fortgeschrittenes und unheilbares Leiden. Man weiss, dass es nichts Lebensverlängerndes gibt. Die Gespräche zwischen uns haben mir deutlich gemacht, dass sie gerne mit Hilfe sterben würde. Für den Wunsch bringe ich Verständnis auf, doch ich erkläre, dies sei mir nicht möglich.

Frau E. und ich sind übereingekommen, dass der Infusionen etwas Dämpfendes beigegeben werden kann, was sie dösen oder schlafen liesse und so die verbleibende Zeit erträglicher machen würde. Dies nahm sie an und nach weiteren zwei Tagen konnte sie deutlich erleichtert dem Leben den Rücken zuwenden.

Das anschliessende Gespräch mit der Tochter verlief unerwartet gut, man spürte förmlich die Entlastung. Der Tod kann das Gefühl eines weichenden Hauches hinterlassen. Die Tochter bedankte sich für die intensive Betreuung und bestätigte, dass die Mutter die Begleitung bekommen hatte, die sie sich immer gewünscht hatte.

Der zurückbleibende Hund erhielt bei der Tochter eine neue Bleibe.

Mein Dilemma bestand darin, dass ich als Mediziner eigentlich da bin, um rechtzeitig etwas zu erkennen, ja nichts zu übersehen. Immer war ich auf der Hut, schliesslich im entscheidenden Moment doch zu spät. Ich denke immer, Kranke hängen so an ihrem Leben, dass sie alle Versuche wünschen, möglichst so eine Medizin zu bekommen, dass sie lange eine angenehme Zeit erleben können.

Überrascht war ich, als ich von Anfang an eine klare Meinung vorgesetzt bekam. Ich will keine Therapie. Punkt. So wie ich den Wunsch der Frau E. respektierte, so respektierte sie auch meinen, dass ich keine aktive Sterbehilfe anbieten könne. Dieser gegenseitige Pakt liess eine intensive emotionale Betreuung zu, die für beide Seiten aufging.

Klar war ich gelegentlich gedanklich auf der Kippe und besprach mich mit meiner Frau. Doch die Vernunft, nicht in die Illegalität abzudriften, war immer stärker. Auch besprachen wir (meine Frau und ich), ob es allenfalls gut wäre, die Infusion etwas schneller laufen zu lassen. Immer war es schwierig, mit ansehen zu müssen, wie jemand starke Schmerzen leidet. Ich würde in der heutigen Zeit wieder genauso handeln. Für mich hat die Begleitung gestimmt, für Frau E. auch; so muss ich es annehmen, nachdem mir die Tochter bestätigte, die Mutter habe das bekommen, was sie sich wünschte. Offenbar hat die Sterbende es so der Tochter erzählt.

Ich habe schon mehrere Leute zu Hause begleitet. Ich bin schon zweimal von Todkranken aufgesucht worden, welche bewusst Wünsche anbrachten. Sie wechselten sogar den Hausarzt dafür. Nicht dass sie Euthanasie wünschten. Sie wollten einfach friedlich in gewohnter Umgebung zu Hause sterben können und nicht in einem anonymen Putzkammerli eines Spitals. Ich hatte es als Assistent oftmals erlebt, dass der Sterbende in den letzten Stunden aus dem 2er- oder 4er-Zimmer hinausgefahren wurde und zum Teil alleine oder mit den Angehörigen zwischen diversen Stationsgegenständen ableben durfte. Erniedrigend.

Ich glaube, die heutigen Ärzte sind nicht mehr zu solchen Begleitungen willig. Man braucht sehr viel Zeit, Gespräche und Emotionen, welche auch von der Seite des Arztes und seiner Familie mitgetragen werden müssen. Sie lohnen sich 3fach: Die Gestorbenen haben ihren (letzten) Wunsch erhalten. Die Angehörigen sind zufrieden und beim Arzt, bei mir, kommt ebenfalls Zufriedenheit auf. Ich habe das Abstellgleis vermeiden können! Es fehlt einem was, wenn man die letzten Tage eines Patienten, den man oft sah und gesprochen hatte, nicht mehr miterleben kann.

Bespricht man die Fragen, Wünsche und Ängste des Sterbenden kann man eine Sterbegleitung weit entfernt von einer politisierten Diskussion und menschenwürdig anbieten.