

Diabetes- Journal

Aus dem Inhalt

Diabetesbehandlung
mit chromatographierten Insulinen

C-Peptid – Bedeutung für die
praktische Diabetologie

BE und JOULE – und auch etwas zu essen

Vom Tod und Sterben aus ärztlicher Sicht

Fettsucht und Diabetes mellitus

Durchblutungsstörungen des Herzens

11

20. November 1976

Von Tod und Sterben aus ärztlicher Sicht

Die Beiträge im Diabetes-Journal haben in der Regel das Leben zum Inhalt, Leben trotz einer chronischen Stoffwechselkrankheit, eben dem Diabetes. Nachdem in letzter Zeit die Diskussion um die Vorgänge beim Sterben und welche Rolle dem Arzt dabei zukommt, recht lebhaft von verschiedenen Sei-

ten geführt worden ist, erschien es uns angebracht, auch einmal über diesen Aspekt des menschlichen Lebens zu sprechen. Der Berliner Arzt Professor Dr. med. K. E. Hampel ist unserer Aufforderung nachgekommen und berichtet nachfolgend von Tod und Sterben aus ärztlicher Sicht.

Tod ist der Endstand, dem alles Lebendige zustrebt. Die Entwicklung hochorganisierten Lebens aus „primitiven“ Vorstufen im Urmeer war u. a. möglich durch das „Experimentieren“ mit einer sehr großen Anzahl verschiedener Lebensformen über lange Zeiträume. Das Prozeßhafte – dieses „Stirb und Werde“ – schließt die unendliche körperliche Existenz des Individuums aus, doch läßt es dieses Leben als zeitlich begrenztes, kostbares Geschenk erscheinen.

Erkenntnis der Sterblichkeit

Allein der Mensch wurde nach dem biblischen Gleichnis aus dem Paradies vertrieben, nachdem er vom Baum der Erkenntnis genossen hatte. Die Fortentwicklung seiner geistigen Potenz, sein gewisses Maß an logischem und abstraktem Denkvermögen führte ihn auch zu der Erkenntnis seiner eigenen Sterblichkeit. Er begann, den unsterblichen Gott zu suchen.

Hiermit übereinstimmend läßt das Studium der Bestattungsriten des Eiszeitmenschen vermuten, daß schon in jener fernen Zeit der Glaube an ein Weiterleben nach dem Tode allgemein existierte: Der Leichnam wurde durch Steinplatten geschützt, meist in der

Wohnhöhle an der wärmenden Feuerstelle zur letzten Ruhe gebettet, seine Augen waren dem Sonnenaufgang zugewandt („orientiert“), so als würde ihn dieses Licht eines Tages wiedererwachen lassen – wie in seinem früheren Leben. Man beließ dem Toten Schmuck und Waffen, gab ihm Nahrungsmittel für die lange Reise mit. Später fesselte man ihn, damit er durch sein Erscheinen die Lebenden nicht erschrecke. Nach *Kühn* dürfte er als lebender Leichnam, als Schlafender betrachtet worden sein, wobei vermutlich nicht zwischen Schlaf und Tod, Traum und Wirklichkeit, Körper und Seele, Mensch und Tier streng unterschieden wurde. Vielleicht lebte der Mensch in harmonischer Einheit mit der ihn umgebenden Natur. War das nicht das Paradies?

Erst in der Neusteinzeit ging dieser paradiesische Urzustand, der in mehreren Kulturkreisen (Bibel, Gilgamesch-Epos, Hesoid u. a.) überliefert wurde, verloren. In die späteren, riesigen Steinhäuser (Megalithbauten) bohrte man Löcher, damit die Seele der hier Ruhenden aus- und eingehen konnte. Die Feuerbestattung wurde eingeführt, vielleicht um die unsterbliche Seele von der Bürde des Körpers restlos zu befreien.

So begann die Suche nach Gott, nach dem Jenseitigen, die nie aufgehört hat, und die sich gegenwärtig teilweise in einer durch nichts begründeten Wissenschafts- und Fortschrittsgläubigkeit auszudrücken versucht.

Sterben

Die Gewißheit des Todes erscheint derzeit vielen Menschen weniger furchterregend als der Gedanke an den vorausgehenden Sterbevorgang, besonders wenn dieser langwierig und qualvoll ist, z. B. im Verlauf einer chronischen oder bösartigen Erkrankung. In manchen Fällen kann der Tod Erlösung sein und ersehnt werden. Der Todestrieb als vielschichtiges Phänomen wird nicht nur bei alten oder unheilbar kranken Menschen beobachtet. Einige Patienten bleiben bis kurz vor ihrem Tode bei klarem Bewußtsein, zum Teil ohne das nahende Ende zu ahnen, andere, zum Glück nur wenige, entwickeln präfinal einen elementaren Angstzustand.

Was den Angehörigen eines Sterbenden als die schreckliche Phase des Todeskampfes imponiert, ist glücklicherweise für den Sterbenden meist durch den bereits eingetretenen Bewußtseinsverlust nicht mehr spürbar. Wenn auch viele individuelle Faktoren kaum eine verallgemeinernde Schilderung des Sterbevorgangs in der Frühphase ermöglichen (von *Kress*), so kommt es initial bei erhaltenem Bewußtsein doch vielfach über verschiedene Phasen der Unsicherheit, des Schwankens zwischen Hoffnung und Todesangst, zu einer ausgeglichenen, ja zuweilen euphorischen Stimmungslage, die endlich von einer zunehmenden Desorientierung, zeitweiligen, dann ständigen Bewußtlosigkeit abgelöst wird, die zuletzt in ein tiefes Koma einmündet. Es ist der Ausdruck einer verlöschenden oder bereits erloschenen Großhirnfunktion. Hieran sind die Erlebnisfähigkeit und Persönlichkeit gebunden. Deshalb sind mit Eintritt dieses Komas auch Leid und



„Das
Gesegnete (Heilige) Schweigen“,
russisch,
wohl 18. Jahrhundert,
Messing, emailliert.

Qual ausgestanden. Der elektroenzephalographisch und angiographisch dokumentierbare Hirntod ist mit dem Individualtod gleichzusetzen, auch wenn Atem-, Kreislauf- und andere Funktionen noch nicht völlig zum Erliegen gekommen sind. Bis zum endgültigen Aussetzen dieser vitalen Funktionen laufen nur noch physische Prozesse mit einer gewissen Regelmäßigkeit ab, die mit dem oben erwähnten, unkorrekten Ausdruck des Todeskampfes bezeichnet werden.

Arzt und Sterbender

Dem Arzt stehen eine Reihe von sehr wirksamen Medikamenten zur Verfügung, die er bei einem qualvollen Sterbevorgang mit Erfolg einsetzen wird. Wegen der in jüngster Zeit erheblich fortgeschrittenen Behandlungsmethoden auf dem Gebiet der Intensivmedizin (Wiederbelebung) ist die Diskussion um ärztliche Pflicht und Behandlungsspielräume bei Sterbenden aktuell und notwendig. Da der Arzt sich

uneingeschränkt zur Hilfe nicht nur für die Kranken, sondern auch für die Sterbenden verpflichtet fühlt, wird ärztlicherseits der Sonderbegriff der „Sterbehilfe“ (Euthanasie) kaum verwendet, zumal sich damit eine verheerende Begriffsverwirrung verbindet.

Haemmerli hat eine Klassifizierung der „Euthanasieformen“ ohne Verwendung einer Terminologie gegeben, die als Diskussionsgrundlage gut geeignet ist. Die Linderung von Leiden und die Unterlassung nachweisbar sinnloser lebensverlängernder Therapiemaßnahmen („passive Euthanasie“) werden als selbstverständliche Berufspflicht des Arztes bezeichnet. Das Recht des Sterbenden auf seinen eigenen Tod hat von Kress herausgestellt.

Es kann nicht Aufgabe oder gar Pflicht des Arztes sein, Leben um jeden Preis zu verlängern. Behandlungsverfahren, die nur das qualvolle Sterben bis zum erlösenden Tod um Tage oder Wochen verlängern, wiederholte Reani-

mation (Wiederbelebung) gegen den ausdrücklichen Wunsch eines unheilbar Kranken können nicht Maxime ärztlichen Handelns sein. Es kann gelegentlich schwerfallen zu entscheiden, wann Therapiemaßnahmen bei der spezifischen Situation eines Kranken oder eines vielleicht bereits Sterbenden als sinnlos zu betrachten sind. Manchmal ist es dann hilfreich, sich vorzustellen, ein naher Angehöriger – die Mutter oder der Vater – läge hier und jetzt im Krankenbett vor uns und erwarte unsere Hilfe. Wenn auch der Aspekt des Mit-Leidens in die ärztliche Haltung und Handlung einbezogen werden kann, läßt sich der Zeitpunkt eher einschätzen, von dem an der Tod endlich nur noch Gnade und Erlösung bringt.

Die Frage, ob der unheilbar Kranke oder Sterbende über die Natur seines Leidens teilweise oder gänzlich aufzuklären sei, ist in jedem Falle individuell zu prüfen. Entscheidend ist nur, daß das Vertrauen des Kranken in seinen Arzt nicht erschüttert wird, und daß ihm auch bei voller Aufklärung stets ein Rest an Hoffnung bleibt.

Hoffnung

Cicero schrieb einst über die Stunde des Todes: „Wenn uns aber etwas widerfahren sollte, das wie ein Wink Gottes aussieht, der uns auffordert, aus dem Leben zu scheiden, dann wollen wir freudig und dankbar gehorchen in der Hoffnung, aus einem Kerker befreit und der Ketten ledig zu werden, um in ein ewiges, ganz und gar uns gehörendes Haus zu wandern oder aber jegliche Empfindung und Not zu verlieren.“

Hoffnung auch angesichts des Todes

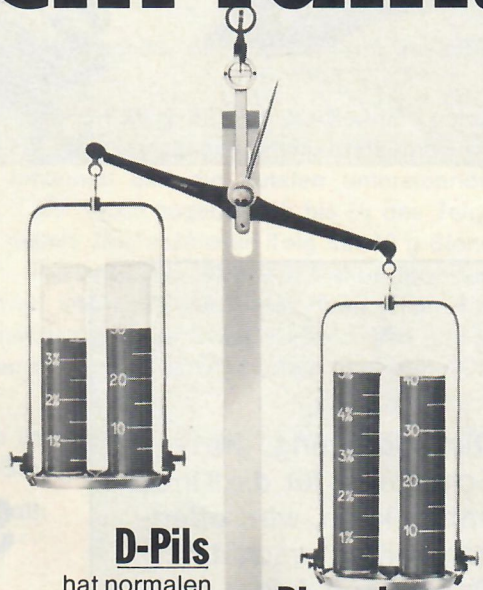
dürfte uraltes Gut des Menschen sein, Keim der Religionen seit der Vertreibung aus dem Paradies. Wissenschaftliche Forschung hat unser Weltbild verändert und einige unserer lieb gewordenen Vorstellungen in den Bereich von unwahrscheinlichen Ereignissen verwiesen. Doch unsere Hoffnung kann nicht abhängig sein von einem in vielen Jahrhunderten häufig genug variierten Vorstellungsvermögen. Hoffnung gründet sich auf den Glauben, der wissenschaftlich nicht überprüfbar ist. Er ist vielmehr der Gefährte der Stille und wird wohl allen Menschen zuteil, wenn auch auf sehr unterschiedliche Weise. Viele Menschen glauben an ein wie auch immer geartetes Wiedersehen mit ihren Lieben in einer kommenden Welt. Andere haben eher diesseitige Glaubensinhalte. Allein aber kann schließlich Tröstung erwachsen nicht durch die Verdrängung von Gedanken an den Tod, sondern durch Selbstbesinnung, durch Versenkung in Schweigen, durch Gebet.

Die abgebildete russische Ikone *) „Das Gesegnete Schweigen“ zeigt nicht nur vordergründig Christus in Engelsgestalt, inmitten von Deesis, Erzengeln und Heiligen, sondern ist nach orthodoxem Glauben, wie jede Ikone, selbst heilig und verehrungswürdig, selbst ein Teil Verkündigung. „Das Gesegnete Schweigen“ dient dem Gläubigen als Medium und führt ihn zur Sammlung und Einkehr im Gebet. Die blaue Emaillierung ist offenbar bewußt gewähltes Symbol des Himmlich-Transzendenten: angesichts dessen wird die Frage nach dem Tode relativiert – ähnlich wie beim Anblick des nächtlichen Sternenhimmels.

Prof. Dr. med. K. E. Hampel
 Fachbereichsratsvorsitzender
 und Ärztlicher Direktor
 des Klinikums Charlottenburg
 der Freien Universität Berlin
 1000 Berlin 19,
 Spandauer Damm 130

Auch bei Diät-Bieren gibt es einen Unterschied:

der Unterschied, der ins Gewicht fällt.



D-Pils

hat normalen Alkoholgehalt, also weniger Alkohol als alle anderen Diät-Vollbiere:

3,6% ALKOHOL

D-Pils hat weniger Kalorien als alle anderen Diät-Vollbiere:

31 KALORIEN

= 130 Joule (kJ) in 100 g

D-Pils hat wenig belastende Kohlenhydrate: 0,75 g in 100 g.

D-Pils ist das einzige alkohol-reduzierte Diätbier.

Die anderen Diät-Vollbiere:

ca. **5% ALKOHOL**
 (fast wie Bockbier)

ca. **42 KALORIEN**

= 176 Joule (kJ) in 100 g



Diät-Pils Biergenuß nach Maß

*) Herrn Prof. v. Elbern, Staatl. Museen „Preussischer Kulturbesitz, Frühchristlich-Byzantinische Sammlung“, Berlin, bin ich für Ratschläge und Hinweise dankbar.