

## STANDPUNKTE AUS DEM BACKSTAGE X

Der Sondernewsletter zur Corona-Pandemie 13

**«Im Grunde stehe ich in dieser Welt wie vor einem undurchsichtigen Klotz und habe den Eindruck, nichts, aber auch gar nichts zu verstehen und dass es nichts zu verstehen gibt.»**

**Eugène  
Ionesco**

Liebe Freunde

Mittlerweile dürften die Medien und nicht die Spitäler zum Zünglein an der Waage werden.

Corona wird mit Tod assoziiert, aus New York wird nicht sachlich berichtet, sondern eine junge Ärztin eingespielt, die von jungen, nicht vorerkrankten Patienten berichtet. Danach der Schwenk auf Fahrzeuge, die Kühlfahrzeuge sein sollen und als mobile Leichenhallen dienen.

Vorher im Auto auf Radio Seefunk warnt Prof. Wieler, der Corona-Papst und Chef des Robert-Koch-Instituts davor, dass auch junge Menschen davon betroffen sein könnten. Hätte, hätte, Fahrradkette wusste doch schon der Intellektuelle Lothar Matthäus. Kleine Anmerkung zu Deutschland: Durchschnittsalter der Verstorbenen bisher 81,5.

Am gleichen Donnerstagabend, 26.3.2020 die Sendung Panorama, Anja Reschke auf schwindelerregenden roten Highheels. Ein guter Bericht über vier selbständig erwerbende Frauen, u.a. Eventmanagerin, Kosmetikerin, Domina.

Dann aber zurück in den Rahmen: Bericht über den ersten Berliner Corona-Patienten, sei noch immer hospitalisiert. Wird, unkenntlich gemacht, interviewt. Wirkt purlimunter, findet Ärzte die Geilsten, man fragt sich, warum ein solch dynamischer junger Mann einen Intensivplatz okkupiert. Seine beiden WG-Genossinnen sind seit 3,5 Wochen in Quarantäne, die jetzt noch verlängert wird, beide nicht wirklich erkrankt. Ein Fernsehinterview, dazwischen liefert der Vater der einen Dame sackweise Lebensmittel an, Abschied nur über das Fenster.

Was natürlich nicht fehlen darf: Die beiden engagieren sich für Flüchtlinge in diesen Zeiten, v.a. die auf Lesbos. Sie malen ein Plakat, dass sie dann vors Fenster hängen: «Niemand soll zurückbleiben». Assoziation: Das Virus ist so schlimm, dass Gutmenschen in Quarantäne müssen. Nochmals: 3,5 Wochen

strikte Quarantäne, die noch *verlängert* wird? Wie war das mit der Immunisierungszeit? Meine lieben Leser: Fake News vom Besten – auf einem öffentlich-rechtlichen Sender.

Und dann noch ein Todesstoss gegen den politischen Erzfeind AFD. Sie haben sich erdreistet, eine Sitzung des Landtags in Sachsen zu verlangen. Nicht, wie der Grossteil unserer Parlamentarier. Stehen/sitzen dort aber zu Nahe zusammen und verteilen vor einem Krankenhaus einzelne Blumen. Zitiert wird aus einem nichtlesbaren Brief des Chefarztes, dass «*man damit sich selber, Patienten und Mitarbeitende gefährden würde.*» Richtig,

sollte man in der Tat jetzt nicht tun, auch wenn gut gemeint (??), aber passt in die ARD-Agenda-Erweiterungen mit Flüchtlingen und politischem Kampf.

Zum ZDF, der Zentrale der Finsternis mit dem Ober-Exorzisten Claus Cleber. Ein Follower schreibt mir (danke, parallel kann ich noch nicht TV schauen):

*Habe eben da Heute Journal geschaut. Ich weiss wirklich nicht, was die geraucht haben. Ein Paradebeispiel manipulativer Kommunikation.*

*6 Betten leer, dann panisch die Uhr gezeigt, warten auf den Herzinfarktpatienten(!), dann der panische Organisator „Wer beten kann soll beten“.*

*Alles abgerundet mit einem vollkommen abstrusen Abschlusskommentar, das irgendwas besser geworden wäre.*

*Für so etwas bezahlen wir viel Geld. Wenn man es sich 5 Mal angeschaut hat wird's ein gespielter Witz ... probiert es aus.*

Infizierte werden mit Corona-Kranken gleichgesetzt. Der *Rahmen* von Corona in unseren Köpfen ist: Tod, Erkrankte, Krieg (Macron), schlimme Seuche (Söder). Nichts Positives, weil das würde – Ironie des medialen Wahnsinns – «den Rahmen sprengen».

Man nennt das Framing. Die ARD hat letztes Jahr 90'000 € für ein Framing-Manual für ihre Hofjournalisten ausgegeben, 30'000 weitere für Folgeworkshops. Dafür ist die ARD jetzt gut vorbereitet...Die Leiterin von dem allen: Elisabeth Wehling, die Autorin des gleichnamigen Buches. Lesen! Da gehen einem zusätzliche mediale Augen auf.

Etwas Positives gibt es wirklich zur ARD zu sagen am 26.3.2020: Im Corona-Extra nach der Tagesschau spricht Armin Laschet, Ministerpräsident von NRW. Er sagt klipp und klar: *«An Ostern wird Bilanz gezogen. Jetzt schon müssen wir uns aber Gedanken machen über das Leben nach Ostern. Da braucht es nicht nur Virologen und Politiker, sondern auch Psychologen, Seelsorger, Ethiker.»* Ethiker? Der Mann hat Recht, viel länger können wir die ethische Frage nicht mehr verdrängen, ohne dass alles kaputt geht.

Dazu untenstehend auch ein Kommentar von Prof. Dr. med. Andreas Gerber, Professor und Spezialarzt für Infektiologie und Innere Medizin sowie Mitglied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

Jetzt bin ich nicht ganz traurig, dass Wochenende ist...Etwas mehr Luft für Recherchen, insbesondere wer sind die Regisseure und Player dieses, frei nach Eugène Ionescu, absurden Theaters? Was erwartet uns noch? **Beachtet auch den heutigen YouTube-Beitrag!**

Link: <https://youtu.be/y00HIEwmQeM>

Geniesst es und isoliert Euch nicht ganz... (wenn Ihr gesund seid).

Herzlichst

Euer Marco Caimi

PS: Ein grosser Dank gehört für einmal meinen Mitkämpfenden Daniela Bürgin und Jonas Wunderlin in der Männerpraxis. Es sind meine Untermenschen, denn im Gegensatz zu mir haben sie, von offizieller Stelle verordnet, kein Anrecht auf eine Schutzmaske während ihrer Arbeit in der Praxis. Eine neue Corona-Apartheid: Ärzte und andererseits med. Personal. Blöd, dass mich als selbst sehr sparsam mit Schutzmasken umgehender diese Verordnung einen ..... interessiert.

# LEBENSBEDROHLICHE CORONA-KRANKHEIT

## Maschinelle Beatmung oder «tender loving care»?

von

**Prof. Dr. med. Andreas U. Gerber**

Der wohl unglücklichste (und teuerste) Entscheid, den ich mir im Zusammenhang mit einer Covid-19-Behandlung vorstellen kann, betrifft die Intubation und die Langzeitbeatmung oder auch nur die Hospitalisation eines (Alters-)Patienten, der dies aufgrund seines authentischen Willens gar nie gewollt hätte. Es wird versucht, mit grossem Aufwand einen meist alten, leidenden Menschen gegen seinen Willen am Leben zu erhalten. Gleichzeitig werden Ressourcen fehlallokiert, was im schlimmsten Fall einem anderen Menschen das Leben kostet. Wie kann ein solcher Fehlentscheid verhindert werden, und was kann die betroffene Person dazu beitragen, dass dies nicht geschieht?

Es tönt schon fast wie eine Binsenwahrheit: Covid-19 und ihr Erreger Sars-CoV-2 sind für einen Grossteil unserer Bevölkerung zu einer potenziellen Lebensbedrohung geworden. Dies gilt vor allem für ältere Personen und solche mit schweren Vorerkrankungen. Natürlich geht es primär immer um Prävention. Es geht aber auch um die Gefahr der Tabuisierung und um das «Nicht-wahrhaben-Wollen». Insbesondere als Risikopersonen müssen wir (idealerweise zusammen mit unseren Angehörigen) auch überlegen und planen, welche Erwartungen wir für den Fall haben, dass wir ernsthaft an Covid-19 erkranken. Konkret sollte sich jede(r) von uns die Frage stellen: Will ich im Extremfall um mein Überleben kämpfen, und habe ich auch die Kraft dazu? Welches Risiko (konkret: welche potenziellen Langzeitschäden) bin ich bereit einzugehen? Oder sind meine Erwartungen allenfalls ganz anderer Art? Zum Beispiel eine möglichst gute «Lebensqualität in meinem Sterben»?

Zu solch schwierigen medizinisch-ethischen Entscheiden werden und wurden von der SAMW Richtlinien erarbeitet. Diese sind für die Ärzte, Pflegefachpersonen und professionellen Nothelfer im Sinne von «soft law» nicht nur hilfreich, sondern auch verbindlich. So z. B. die SAMW-Richtlinien «Reanimationsentscheide».

Wie kann ich mich nun aber als ältere, (noch) urteilsfähige Person selber mit solch existenziellen Fragen auseinandersetzen – dies mit dem Ziel, mir eine persönlich «stimmige» Meinung zu bilden, d. h. eine Meinung, welche meinem eigenen «authentischen» Willen entspricht ?

## **Das Rationale und die Intuition**

Versuchen wir eine rationale Auseinandersetzung. Sie basiert auf allgemeingültigen «faktischen» Elementen, auf normativen Elementen und auf Intuition. Ausgangslage ist die, dass sich jeder Mensch, ob jung oder alt, nicht nur ein möglichst langes, sondern auch ein «gutes» Leben wünscht, d. h. eine Lebensqualität für jede Lebensphase, die für ihn persönlich stimmt. Doch welche Prognose habe ich als z. B. 75-jähriger, bisher gesunder Mensch in der Schweiz, wenn ich an Covid-19 so schwer erkrankte, dass ich in eine Situation gerate, in der ich maschinell beatmet werden müsste? Die Antwort basiert idealerweise auf möglichst soliden Statistiken – weil solche bei Covid-19 noch fehlen, auf Wahrscheinlichkeiten, Annahmen und Analogien.

Betrachtet man stellvertretend z. B. die Prognose von Patienten mit ARDS, einer Lungenpathologie, die pathophysiologisch der schweren Covid-19-Pneumonie recht ähnlich ist, so ist sie ernüchternd. Ich würde im allerbesten Fall mindestens eine Woche, mit grösserer Wahrscheinlichkeit zwei bis drei, allenfalls vier Wochen mit einem Tubus in der Luftröhre an einer Maschine beatmet. In aller Regel käme es zu Komplikationen unterschiedlicher Art und Tragweite, und mit einer Wahrscheinlichkeit von über 40 Prozent würde ich schliesslich trotz allen medizinischen Möglichkeiten sterben. Würde ich überleben, so mit Defiziten unterschiedlichen Ausmasses: kognitiven Defiziten (30–60 Prozent), körperlichen Schäden und Einbussen (über 60 Prozent) und psychischen Störungen (über 60 Prozent), vor allem schwer behandelbaren Depressionen. Einige dieser Schäden würden sich in einem langen Rehabilitationsprozess über Monate bis Jahre bessern, Spuren würden auf jeden Fall bleiben.

Es besteht kein Zweifel: Viele Patienten und notabene auch Alterspatienten möchten trotz diesen Schwierigkeiten kämpfen, hätten die Kraft dazu und nähmen gesundheitliche Langzeitdefizite auf sich. Aber nicht alle!

Neben den genannten deskriptiv-empirischen Daten ist das Rechtlich-Normative entscheidungsrelevant. Welche Rechte stehen Schwerstkranken zu, die eine künstliche

Beatmung ablehnen? Was wären die Alternativen? Meine Antwort als lang gedienter Spitalarzt: die hervorragenden palliativen Möglichkeiten, über welche die Medizin des 21. Jahrhunderts verfügt – eine Medizin, welche sich nicht der Lebenserhaltung verpflichtet, sondern dem Ziel einer optimalen Lebensqualität am Lebensende: keine Angst und keine Unruhezustände, keine Atemnot und eine möglichst effiziente Schmerztherapie – kurz in englischer Sprache: «tender loving care». Die zentrale Pflicht der Palliative Care ist jene des «non-abandonment» – die Garantie, von Ärzten, Pflegepersonal und unserem Gesundheitswesen auch am Lebensende nicht im Stich gelassen zu werden.

Neben den rationalen Entscheidungselementen darf die individuelle Intuition nicht vergessen gehen. Der Entscheid muss

### ***für mich***

«stimmig» sein. Er muss im Einklang sein mit der Person, die ich bin und die ich mein Leben lang war; denn letztlich geht es darum, mein unausweichliches Schicksal zu akzeptieren.

Es bleibt eine schwierige Frage: Wie kann ich zu mehr Sicherheit in meiner Entscheidung gelangen, und wer könnte mir dabei helfen? Antwort: Es wird einfacher, wenn ich die Probleme um Sterben und Tod und allenfalls deren Akzeptanz frühzeitig sowohl im Kreise meiner nächsten Angehörigen wie auch mit einer zuständigen Fachperson (idealerweise dem Hausarzt) thematisieren kann. Es handelt sich dabei oft um sehr anspruchsvolle und emotional belastende Gespräche. Es lauert überall die Gefahr der «gutgemeinten Ratschläge» und damit die Fremdbestimmung. Solche Gespräche erfordern Erfahrung und kommunikative Kompetenz. Sie wird erst seit wenigen Jahren in der Aus- und Weiterbildung der Studierenden gefördert.

### **Die Patientenverfügung**

Sind die Meinung und der «authentische Wille» klar, geht es darum, diese rechtsgültig zu dokumentieren. Dazu eignet sich die Patientenverfügung. Es gibt zahlreiche Vorlagen. Man kann seinen Willen aber auch in einer unmissverständlichen Kurzfassung dokumentieren – in der heutigen Situation etwa mit: «Sollte ich durch eine schwere Infektionskrankheit, z. B. Covid-19, eine Sepsis oder Ähnliches, in einen urteilsunfähigen Zustand geraten und sollte ein Überleben nur noch mit künstlicher

Beatmung gewährleistet werden können, so bitte ich das behandelnde Notfallteam, solche Eingriffe zu unterlassen.

Vielmehr wünsche ich mir in einer solchen Situation eine möglichst wirksame palliative Betreuung, die mir ein Sterben in Würde erlaubt: ohne Angstzustände, ohne Atemnot und ohne Schmerzen. Schliesslich geht es mir auch darum, möglichst bei mir zu Hause sterben zu dürfen.» Hilfreich ist es, wenn in einer solchen Verfügung eine Stellvertreterperson genannt wird, mit welcher die Verfügung auch vorbesprochen wurde. Eine solche Verfügung muss nicht handschriftlich verfasst sein, muss aber die exakten Personalien inkl. Geburtsdatum und Wohnort enthalten sowie handschriftlich mit Ort, Datum und Unterschrift bestätigt werden. Damit wird sie in der Schweiz rechtsgültig und für Nothelfer sowie Ärzte verbindlich.

Schliesslich ist aber auch wichtig zu wissen, dass jede Patientenverfügung erst bei Urteilsunfähigkeit der betreffenden Person Gültigkeit erlangt und zum Tragen kommt. Solange die betreffende Person urteilsfähig ist, kann sie ihre Patientenverfügung jederzeit abändern oder annullieren, immer jedoch versehen mit einer rechtsgültigen Unterschrift.

*\*Andreas U. Gerber*

*ist emeritierter Professor und Spezialarzt für innere Medizin und Infektiologie sowie Mitglied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).*