



FOTO-TABLEAU

Das geheime Leben der japanischen Mafia-Frauen 4/5

Die Frauen der japanischen Mafia, die Chloé Jafé fotografiert hat, sind eine eingeschworene Gemeinschaft. Wegen der kriminellen Machenschaften ihrer Männer bleiben sie meist unter sich und bilden eine eigene Subkultur. Mit ihren Werten und Regeln unterscheidet sich die Yakuza, wie die Mafia in Japan genannt wird, fundamental von westlichen Mafia-Organisationen. So spielen Frauen dort keine aktive Rolle, sondern unterstützen ihren Mann vielmehr «aus dem Schatten heraus», wie die Kriminologin Rie Alkemade schreibt. Die Position der Frau in der Yakuza wird durch den Rang ihres Mannes bestimmt. Den grössten Einfluss hat noch die Frau des Mafia-Bosses. Sie berät ihn und begleitet neue Mitglieder in die Gruppe; einige Frauen kümmern sich auch um die Finanzen. Früher, als die Yakuza vor allem im Glücksspiel aktiv war, und auch in der Zeit vor und nach dem Zweiten Weltkrieg führte in seltenen Fällen auch einmal eine Frau eine Gang. Heute seien die Frauen dagegen eher eine Art «Klebstoff», der die Bande zusammenhalte, schreibt Alkemade. Ein Erkennungsmerkmal der Yakuza sind die grossflächigen Tätowierungen, die Geduld und Durchhaltevermögen symbolisieren. Oft dauert es Jahre, sie stechen zu lassen. Wer sich so lange mit einer Nadel bearbeiten lässt, so der Gedanke, kann Schmerz aushalten. Da in Japan Tattoos traditionell mit der Yakuza assoziiert werden, ist Tätowierten dort der Zutritt zu öffentlichen Bädern verboten.

BILDER CHLOÉ JAFÉ

Lebensbedrohliche Corona-Krankheit

Maschinelle Beatmung oder «tender loving care»?

Gastkommentar

von 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

Sind eine Intubation und eine Langzeitbeatmung auch wirklich das, was der Patient selber will?

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 erkranke, 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 zu 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 langgedienter 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 em. Professor und Spezialarzt für innere Medizin und Infektiologie sowie Mitglied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).