Zeit-Gewinn

Auf Krebsstationen geht es oft nicht um Heilung, sondern darum, das Leben zu verlängern und Schmerzen zu lindern. Viele Ärzte leisten mehr, als die Patienten ahnen.

Von Holger Senzel

HERR MAREK KANN jetzt in seinen Schädel blicken. Die Oberärztin hat den Monitor mit dem MRT-Bild seines Hirns zu ihm hin gedreht. Schwarz-weiß und irgendwie abstrakt; eine graue Riesenwalnuss mit hellen Flecken. Herr Marek schaut nicht hin. Er lächelt entrückt.

„Der Tumor, den wir beim letzten Mal gesehen haben, ist leider geringfügig größer geworden", erklärt Georgia Schilling, die Oberärztin, „und ich sehe an einer anderen Stelle etwas Neues. Allerdings extrem klein."

Herr Marek lächelt wieder und nimmt noch einen Schluck von seinem grünen Tee. Das sei gut gegen Krebs, hat er gelesen. „Da müssten Sie schon viele Liter am Tag trinken", scherzt Dr. Schilling liebevoll. Sie will ihm nichts vormachen. Die Neurochirurgen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) haben Herrn Marek einen großen, bösartigen Tumor aus dem Kopf geschnitten. Aber nun ist die Geschwulst wieder da, sie wächst und durchdringt das Gehirn.

Herr Marek ist 43 und Journalist, und als er die Diagnose vor einem Vierteljahr erhielt, beschloss er, einen Film zu drehen über den eigenen Krebs. Daraus wird nun nichts mehr. Der Tumor hat ihn gewissermaßen lahmgelegt. Seine Ausfälle mehren sich, er ist unkonzentriert und vergesslich. Er hat einen Antrag für die Versicherung dabei, den soll die Ärztin ausfüllen. Herr Marek kann ja nicht mehr arbeiten. Er ist selbstständig, er verdient kein Geld mehr. Es wird eng, in jeder Hinsicht.

Die Chemotherapie mit Temozolomid hat nicht angeschlagen. „Wir werden noch mal im Team besprechen, welche Therapie wir Ihnen jetzt anbieten können", sagt Georgia Schilling. „Ich würde eine Kombination aus Lomustin und Bevacizumab vorschlagen."

Bevacizumab hemmt das Wachstum neuer Blutgefäße, die den Tumor versorgen, aber eben auch das gesunder Adern. Mögliche Nebenwirkungen: Blutungen, Thrombosen, lebensbedrohliche Lungenembolien. In der Krebstherapie muss man wohl manchmal den Teufel mit dem Beelzebub austreiben.

Mit Bevacizumab haben sie bei Glioblastomen gute Erfahrungen gemacht in den USA, aber es ist in Deutschland für diese Krebsart noch nicht zugelassen. Es gibt keine Belege für eine lebensverlängernde Wirkung gegenüber anderen Zytostatika. Aber das Mittel verbessert nachweislich die Lebensqualität in dieser Situation, und das ist letztlich alles, was noch zählt für Herrn Marek. Die Ärztin muss einen Antrag stellen bei Mareks Krankenkasse und sich die Therapie genehmigen lassen.

Der Mann ist Vater einer dreijährigen Tochter. Er weiß, wie es um ihn steht. „Und ich weiß, dass ich meine Kleine danach immer noch sehen und für sie da sein kann", sagt er leise, „von einem anderen Ort aus."

Zeit für das Mittagsboard, die Konferenz von Doktor Schillings Abteilung am Hubertus Wald Tumorzentrum des UKE. Sechs Frauen und Männer in weißen Kitteln sitzen um den U-förmigen Tisch, Onkologen, Chirurgen, Neurologen. Die Jalousie am Fenster ist heruntergelassen, auf der Leinwand der Querschnitt von Herrn Mareks Gehirn.

„Die Chemotherapie mit Temozolomid schlägt nicht an ...", referiert Schilling den Fall des 43-Jährigen. Die Runde betrachtet konzentriert die Raumforderungen in Mareks Hirn. „Tumor gut zugänglich", murmelt der Neurochirurg. Er schlägt vor, erneut zu operieren. Eine OP verschafft Herrn Marek zumindest Zeit – eine Gnadenfrist, um auf die neue medikamentöse Therapie umzustellen.

Und schon sind sie beim nächsten Bild, beim nächsten Fall. Es geht Schlag auf Schlag, sachlich, unaufgeregt. Frontberichte vom medizinischen Krieg um ein bisschen mehr Zeit.

„... chirurgische Resektion zunächst des Lungenherdes, dann zweiseitige Leberresektion ..."

„... es wundert mich, dass sie den gewhippelt haben und den Magen drin gelassen ..."

„... systemische Therapie bei deutlicher zahlenmäßiger Zunahme der suspekten Lungenherde ..."

„... schlecht differenziertes Adenokarzinom des Magens. G3 ..."

„... nach Rektum-Amputation Chemotherapie mit Oxaliplatin. Spricht nicht an. Progress der Lebermetastasen ..."

Stellt sich Georgia Schilling manchmal die Menschen und Schicksale vor, die sich dahinter verbergen? Die Ärztin denkt kurz nach. „In diesem Moment, hier in der Konferenz, sehe ich nur professionell den Fall und was dessen beste Therapie ist. Wenn mir ein Patient gegenübersitzt, ist das natürlich etwas völlig anderes."

Namen der Patienten geändert.

ILLUSTRATION: BENDIX BAUER / SPIEGEL WISSEN

Sie ist bereits auf dem Weg zu einer weiteren Konferenz. Manchmal machen sie Witze, dass Oberärzte mehr Zeit in Meetings verbringen als mit ihren Patienten.

Magentumorboard, Pankreaskarzinomboard, Glioblastomboard – es gibt für beinah jede Krebsarzt eine Konferenz. Neurologische und chirurgische Konferenzen; Videokonferenzen mit anderen Kliniken; Runden mit 3 Ärzten und solche mit 30. Es gibt dabei immer noch die Silberrücken mit gewaltigem Ego, die sich für unfehlbar halten und Einwände junger Kollegen überheblich beiseitewischen. Aber sie sind längst in der Minderzahl. Der Halbgott in Weiß hat dem professionellen Teamplayer Platz gemacht. Jeder Patient am Hubertus Wald Tumorzentrum ist früher oder später Thema mindestens einer Konferenz. Spezialisten verschiedenster Disziplinen erörtern seinen Fall und entwickeln gemeinsam eine Therapieempfehlung. „Wir würden Ihnen anbieten …“, heißt es dann im Arzt-Patienten-Gespräch. Ein Angebot, das zu nichts verpflichtet.

ERST URLAUB ODER ERST BEHANDLUNG?

Dr. Schillings nächste Patientin wird von der Schwester begleitet. Frau Rumpf trägt eine knallbunte Strickmütze und eine grasgrüne Weste. Als sollte die viele Farbe ihre Blässe ausgleichen.

GLIOBLASTOM GRAD IV, die ungünstigste Variante eines Hirntumors. „Man kann das nicht operieren, aber sehr gut stereotaktisch bestrahlen“, erklärt die Ärztin. Das sei wie eine Operation, nur eben nicht mit dem Messer, sondern mit einem Strahl. „Das wird natürlich nicht alle Zellen abtöten, also der Tumor wird wieder wachsen, aber wir schaffen Raum und gewinnen dadurch Zeit.“

Frau Rumpf fragt, ob das Zeit hat bis nach dem Urlaub. Sie will übernächste Woche mit ihrer Schwester nach Gran Canaria fliegen. So lange will die Ärztin auf gar keinen Fall warten: „Das hier ist jetzt wichtiger, Frau Rumpf, da sollten Sie lieber Ihren Urlaub verschieben.“

„Haben wir eine Reiserücktrittsversicherung?“, fragt Frau Rumpf ihre Schwester. Die bejaht unwillig, die Ärztin verspricht, ein Attest zu schreiben, dass Frau Rumpf nicht reisefähig sei.

„Aber einen Teil müssen wir trotzdem selbst bezahlen“, beharrt Frau Rumpf. Ihre Schwester unterbricht ungehalten: Mit diesen Dingen müsse sie jetzt wahrlich nicht die Frau Doktor belästigen. Frau Rumpf begehrt auf gegen die schwesterliche Bevormundung, man werde ja wohl mal fragen dürfen. Die Schwester verdreht genervt die Augen in Schillings Richtung, Zustimmung suchend. „Sie sehen’s ja“, sagt sie, „sie hat sich schon sehr in ihrem Wesen verändert.“

Die Patientin schweigt trotzig, und die Schwester sagt, sie habe jetzt auch noch mal eine Frage. Weil ihre Schwester sich gerade einen unsinnig teuren Vertrag mit einer Telefongesellschaft habe aufschwatzen lassen, und wo sie ja diese Krankheit habe, ob man damit wieder rauskäme aus dem Vertrag?

Die Patientin mag noch nicht wirklich begriffen haben, wie es um sie steht. Ihre Schwester weiß es.

Aber welchen Sinn macht jede weitere Behandlung in diesem Fall? Sollte sie nicht lieber in Urlaub fahren und die Zeit, die ihr bleibt, in vollen Zügen genießen? „Natürlich soll sie das“, sagt die Ärztin, „aber wenn wir nicht rasch handeln, wird Gran Canaria schwierig. Es ist erschre-

ILLUSTRATION: BENDIX BAUER / SPIEGEL WISSEN

ckend, wie schnell diese Glioblastome wachsen."

Vor den Klinikgebäuden stehen Grüppchen blaubekittelter Krankenschwestern und Pfleger und rauchen. Die Oberärztin hat sich belegte Brote ins Büro mitgebracht. Sie nutzt die Mittagspause für den Papierkram. Fallberichte. Das Gutachten für die Krankenkasse, damit Herr Marek seine Therapie genehmigt bekommt.

Georgia Schilling ist eine fröhliche Frau von 44 Jahren mit herzerfrischendem Lachen. Die Frage ist, wie sich jemand ein heiteres Wesen bewahrt, der nur von Tod und Sterben umgeben ist. Wie jemand tickt, der sich für die trübsinnigste aller medizinischen Disziplinen entschieden hat.

„So sehe ich das nicht", sagt die Ärztin entschieden, „ich wollte von Anfang an in die Onkologie, und ich empfinde die Arbeit hier als sehr befriedigend und erfüllend. Wir haben einen langen und intensiven Kontakt mit den Patienten, mehr als es in jeder anderen Disziplin möglich wäre."

Patienten, die sie am Ende oft nicht retten können. „Die Qualität eines Lebens bemisst sich nicht unbedingt an seiner Dauer", sagt Schilling.

Außerdem haben sie ja auch ganz schön oft Erfolg. Immerhin überlebt heute mehr als die Hälfte aller Patienten die Krebsdiagnose um mindestens fünf Jahre.

Die Medizin hat enorme Fortschritte gemacht, seit Alexander Solschenizyn in seiner „Krebsstation" die onkologische Hölle der Fünfzigerjahre in Russland beschrieb. Dort konnte man nicht mehr tun, als Tumore großflächig herauszuschneiden und dann genauso großflächig mit massiven Röntgendosen zu bestrahlen. Radikale Chirurgen bestimmten lange das Feld – erst viel später gelang es, chemotherapeutische Medikamente zu entwickeln, die Tumorgewebe zerstören und gesunde Zellen weitestmöglich schonen.

Gesundes und bösartiges Wachstum haben denselben Ursprung, das macht es so schwierig. Der Krebs ist Teil des Menschen – und jede Therapie auch ein Krieg gegen den gesamten Organismus. Mit großen Kollateralschäden: Manche Medikamente verursachen erhebliche Komplikationen und sogar dauerhafte Organprobleme, einige sind selbst krebserregend. Jede Therapie – ob Operation oder Chemo – ist für den Arzt eine Güterabwägung: Was nehme ich in Kauf? Was mute ich dem Patienten zu? Welchen Nutzen hat er davon?

LEBENSVERBESSERUNG geht heute vor Lebensverlängerung. Das war nicht immer selbstverständlich. Die Ärzte wehrten sich lange gegen die Palliativmedizin, die schmerzlindernde statt der heilenden Therapie – sie galt lange als eine Disziplin des Scheiterns. Unheilbar kranke Patienten wurden meist schlecht betreut, mit ihren Symptomen und der Angst vor dem Tod allein gelassen.

Noch in den Siebzigerjahren des 20. Jahrhunderts kämpfte die Palliativmedizin verzweifelt um Anerkennung, berichtet eine Pionierin der Hospizbewegung in Siddhartha Mukherjees Buch über den Krebs und seine Geschichte. „Der Widerstand war so groß, dass uns die Ärzte nicht mal in die Augen schauten, wenn wir ihnen rieten, lieber die Würde zu retten – statt dass sie weiter versuchten, Leben zu retten, das nicht zu retten war. Gegen den Geruch des Todes waren die Ärzte allergisch. Tod bedeutete Scheitern, Niederlage – den eigenen Tod, den Tod der Medizin, den Tod der Onkologie."

Sicher, am Ende der Krebstherapie steht oft der Tod. Aber der steht am Ende jedes Lebens. Und deshalb ist ein halbes Jahr schmerzfreies Leben keine Niederlage – sondern ein Erfolg. Wer weiß schon, ob ihm mehr Zeit vergönnt ist oder ob er nicht vor Ende des heutigen Tages von einem Auto überfahren wird? Vielleicht ist Georgia Schilling so fröhlich, weil ihr das jeden Tag bewusst wird.

Graugesichtige, schweigsame Frauen und Männer dämmern hinter den offenen Türen der Behandlungszimmer auf Liegestühlen, während die Zytostatika aus den Infusionsbeuteln in ihre Venen tropfen. Das Bild vom Krebspatienten, der würgend über der Nierenschale hängt und sich buchstäblich die Eingeweide auskotzt, ist überholt. Längst gibt es wirksame Medikamente gegen die Übelkeit.

EIN ZIERLICHER STATIONSARZT von gerade mal dreißig steht auf dem Flur vor dem Ärztezimmer und lässt den Wortschwall einer korpulenten jungen Frau über sich ergehen. Ihr Vater soll morgen aus der Klinik entlassen werden, was die Frau ganz und gar unmöglich findet: „Meine Mutter ist damit total überfordert – und mein Bruder ist erst 14, wie soll der denn damit klarkommen."

„Wir können hier im Moment nichts für ihn tun", sagt der Arzt geduldig, „und nach unseren Unterlagen ist da eine Pflege organisiert."

„Bringen die ihn denn auch nach Hause?" Der Onkologe schaut prüfend in seine Unterlagen, da ist nichts vermerkt. Die junge Frau ruft beinahe triumphierend: „Sie können doch nicht wollen, dass er auf der Straße steht und selber sehen muss, wie er nach Hause kommt?!"

„Kann sich seine Familie nicht um Ihren Vater kümmern?", fragt der Mediziner freundlich. Die junge Frau stößt ein kurzes schrilles Lachen aus. „Wie stellen Sie sich das vor?", fragt sie empört. „Also meine Mutter kann ihn nicht abholen, die ist sowieso schon mit den Nerven am Ende."

„Ich werde mir Ihren Vater jetzt erst mal ansehen", entscheidet der Arzt. Drinnen im Krankenzimmer herrscht diffuses Licht, die Vorhänge sind zugezogen. Die Luft ist stickig. Der schnaufende Atem von Herrn König füllt das Zimmer.

Wie durchgebrochen liegt der Patient im Bett; der Kopf schief auf dem Kissen, ein mehr als faustgroßer, rot wuchernder Tumor entstellt sein Gesicht. Trotz Bestrahlung und Chemo ist das Plattenepithelkarzinom weiter gewachsen. Am Infusionsständer hängen mehrere Beutel mit Zytostatika, der letzte Chemozyklus vor seiner Entlassung.

„Wie geht es Ihnen, Herr König?" Ein Röcheln entringt sich dem verwüsteten

Mund. Die dürre Hand greift den Stenoblock auf dem Nachttisch. „Schwindel“, schreibt er in krakeliger Bleistiftschrift, und der Arzt verspricht, ihm etwas dagegen zu verschreiben. „Sie sollen ja morgen entlassen werden“, sagt er, und Herr König nickt heftig. Ob ein Heimtransport organisiert werden müsse, fragt der Mediziner nach. Herr König schüttelt heftig den Kopf, und der junge Arzt bleibt einen Augenblick unschlüssig stehen. Man möchte es sich nicht vorstellen, wie Herr König mit seinem riesigen Tumor am Kopf stumm und hilflos durch den Regen irrt.

Der Patient zupft den Arzt am Ärmel. „Wie weiter?“ hat er auf seinen Stenoblock geschrieben. Der Experte überlegt kurz. „In drei Wochen kommen Sie wieder, Herr König, dann sehen wir, ob der Tumor kleiner wird oder stagniert oder ob es zum Progress kommt. Und was wir dann machen.“

Herrn Königs Tochter wartet bereits vor der Tür. „Wäre es nicht besser, ihn auf eine Palliativstation zu verlegen?“, fragt sie eindringlich. Dafür sei es noch zu früh, entgegnet der Arzt seufzend. Sie jammert nun fast. Ihr Bruder sei doch erst 14: „Soll der so was mitansehen müssen?“

DIE STIMME des zierlichen Arztes wird jetzt erstmals eine Spur schärfer: „Er will noch eine Weile zu Hause sein, das ist doch verständlich – oder nicht?“ Man kann es Herrn König eigentlich nicht wirklich wünschen, dass er in die Obhut dieser Familie zurückkehrt. „Aber er muss doch auch mal an uns denken!“, empört sich die Tochter.

Der Onkologe muss zurück in die Sprechstunde, der nächste Patient wartet.

Herr Naujocks ist 66, pensionierter Studiendirektor. Er hatte sich seit Jahren auf die Weltreise gefreut, die er im Ruhestand unternehmen wollte, als er die Diagnose gestellt bekam. Die Angst steht in seinen Augen, als der Arzt den Monitor in seine Richtung dreht und ihm das MRT-Bild erklärt. „Das ist die Bauchspeicheldrüse. Und

„ICH FÜHLE MIT“

Die Krankenschwester Cornelia Hlawatsch, 38, leitet die Palliativstation des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg. Sie liebt ihre Arbeit.

BEKANNTE SAGEN OFT: „Oh Gott, was du machst, das könnte ich nicht.“ Viele verbinden eine Palliativstation vor allem mit Trauer. Wir haben hier aber auch häufig schöne Momente und durchaus auch Spaß. Nur weil jemand unheilbar krank ist, heißt das ja nicht, dass er nicht gerne lacht und am Leben teilnehmen möchte.

Ich bin seit 13 Jahren Krankenschwester; die Palliativstation habe ich mit aufgebaut. Ich bin stolz darauf, dass wir eine Art Insel geschaffen haben, auf der wir so arbeiten können, wie es den Bedürfnissen von schwerstkranken Menschen und unseren ethischen Vorstellungen entspricht. Wo wir uns Zeit nehmen können für individuelle Begegnungen mit jedem Patienten und seinen Angehörigen. Wir haben zwölf Einzelzimmer. Nach Möglichkeit kümmern sich immer dieselben Fachpflegekräfte um einen Patienten. Zum Team gehören auch Ärzte, Therapeuten, Seelsorger, eine Sozialarbeiterin und ehrenamtliche Kolleginnen. Die ersten Tage sind immer die schwierigsten, wenn ich den Patienten noch nicht gut kenne, noch nicht weiß, was er braucht und was er mag: Möchte er morgens nur einen Kaffee ans Bett bekommen, isst er lieber Müsli oder Brot, möchte er geweckt werden, oder schläft er lieber aus?

Die Patienten sind am Anfang ebenfalls unsicher. Frage ich, wann sie duschen oder gewaschen werden wollen, antworten viele: „Wann es Ihnen passt.“ Ich sage dann: „Mir passt es, wann Sie möchten.“ Es dauert seine Zeit, bis sich Patienten diese Autonomie zurückerobern. In langen Krankenhausaufenthalten geht sie oft verloren.

Die Menschen, die zu uns kommen, leiden unter Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, aber auch unter Angst, Unruhe und Depressionen. Wir bemühen uns, diese Beschwerden zu lindern. Es geht immer darum, die Lebensqualität der schwerstkranken Menschen und ihrer Angehörigen zu verbessern. Ihre Bedürfnisse sind immer individuell, sie können körperlicher, psychosozialer oder auch spiritueller Art sein. Um dem Menschen in seiner Ganzheitlichkeit gerecht zu werden, benötigt man ein multiprofessionelles Team. Wenn möglich, werden Patienten je nach Wunsch wieder nach Hause entlassen oder gehen in ein Hospiz.

Ein wichtiger Teil unserer Arbeit besteht neben der Kontrolle der Krankheitssymptome darin, für den Patienten da zu sein, ihm zuzuhören. Unsere Arbeit beinhaltet ja auch die Begleitung in den letzten Tagen und Stunden, die Sterbebegleitung. Diese Situation mit dem Patienten und den Angehörigen auszuhalten und nicht in Aktionismus zu verfallen, genau abzuwägen, ob der Sterbende von einer Intervention profitiert oder durch sie belastet wird – das ist für mich immer wieder eine große Herausforderung. Als Pflegekraft bin ich es ja gewohnt, immer etwas tun zu müssen.

WIR BEGLEITEN auch die Angehörigen. Für sie ist die Situation ebenfalls sehr belastend – sie müssen erleben, wie ihre Partnerin oder ihr geliebter Mann zunehmend durch die Krankheit eingeschränkt wird. Angebote zur Musik-, Kunst- oder Gesprächstherapie richten sich deshalb immer auch an sie. Sterben die Patienten bei uns, können die Trauernden in aller Ruhe Abschied nehmen. Wir helfen, den Tod begreifbar zu machen. Wenn trauernde Angehörige möchten, begleiten wir sie auch nach

hier haben wir einen nicht mehr nur lokalen Lymphknotenbefall.“ Der Krebs ist zu weit fortgeschritten zum Operieren.

Herr Naujocks wirkt wie vor den Kopf geschlagen. Er kennt die Diagnose schon länger. Aber zu Hause in seinem Stadtkrankenhaus wollten sie ihn operieren.

Er ist in die Universitätsklinik gekommen, weil er dem heimischen Krankenhaus misstraut hat. Er wollte eine zweite Meinung, eine bessere Alternative. Er ist nicht hierhergekommen, damit sie ihm alle Hoffnung nehmen.

ER WIRKT WIE VOR DEN KOPF GESCHLAGEN.

Der junge Arzt blickt seinen Patienten eindringlich an: „Herr Naujocks, rein technisch kann man das operieren. Aber eine Operation würde Ihnen nicht viel bringen. Die Chancen, dass wir Sie so operieren können, dass der Krebs vollständig entfernt ist, stehen gleich null, aber die Belastungen durch eine solche OP sind gigantisch. Wir müssten Ihnen nicht nur den Pankreasschwanz herausnehmen, sondern auch die Nebenniere, eine Niere – und einen Großteil des Magens. Sie würden Monate brauchen, um sich davon zu erholen, wenn überhaupt.“

Herr Naujocks schweigt. Weder füllen sich seine Augen mit Tränen, noch entgleisen ihm die Gesichtszüge. Für einen Menschen, der sein Todesurteil empfangen hat, hat er sich erstaunlich gut im Griff. „Wir würden Ihnen stattdessen eine Chemotherapie anbieten“, fährt der junge Arzt fort, „damit bekämen wir die Schmerzen unter Kontrolle und würden Ihr Leben verlängern.“

„Und wozu?“, fragt Herr Naujocks resigniert.

Der junge Onkologe lächelt: „Damit Sie Ihre Weltreise machen können!“

Krankenschwester Hlawatsch

YVONNE SCHMEDEMANN / SPIEGEL WISSEN

dem Tod ihres geliebten Menschen noch, laden sie zu Erinnerungsstunden und Gesprächsrunden ein.

In die Situation der Betroffenen kann ich mich natürlich nur bedingt hineinversetzen. Die Erfahrung des Sterbens kann man letztendlich nicht teilen. Ich bin auch nicht betroffen wie die Angehörigen. Wenn eine mir nahestehende Person erkrankt, fühle ich mich viel unsicherer als gegenüber unseren Patienten. Ich glaube, es ist wichtig, sich abzugrenzen, gleichzeitig aber eine gewisse Berührbarkeit zu bewahren. Ich fühle mit, darf aber nicht mitleiden. All die Schicksale, die wir erleben, könnte ich alleine nicht verarbeiten. Hier helfen Gespräche in unserem Team, außerdem haben wir regelmäßig Supervision.

WENN EIN PATIENT VERSTIRBT, ist es tröstlich, wenn es ein Sterben war, wie es sich der Patient gewünscht hatte, schmerzfrei, vielleicht in Begleitung seiner Familie. Belastender ist der Tod jüngerer Menschen, die bis zuletzt um ihr Leben kämpfen und womöglich kleine Kinder hinterlassen.

Manchmal wird auf der Station sogar geheiratet! Ich erinnere mich auch noch gut an einen Mann, der tagelang davon schwärmte, dass er nach langer Zeit wieder Matjes mit Bratkartoffeln gegessen hatte. So etwas öffnet einem die Augen für die vermeintlich kleinen Dinge des Lebens.

AUFGEZEICHNET VON BRITTA KESSING