

Unverkäufliche Leseprobe aus:

Atul Gawande

Sterblich sein

Was am Ende wirklich zählt

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung von Text und Bildern, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags urheberrechtswidrig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen.

© S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Inhalt

Einführung 11

1 Das unabhängige Selbst 23

2 Es geht bergab 39

3 Abhängigkeit 75

4 Unterstützung 103

5 Ein besseres Leben 139

6 Loslassen 184

7 Schwierige Gespräche 235

8 Tapferkeit 282

Epilog 315

Anmerkungen 321

Danksagung 333

Einführung

Als ich Medizin studierte, lernte ich eine Menge, aber nichts über Sterblichkeit. Im ersten Semester hatte ich einen dürren, ledrigen Leichnam zu sezieren, doch diese Übung diente nur dazu, mich mit der menschlichen Anatomie vertraut zu machen. In unseren Lehrbüchern war fast nichts über Alter, Gebrechlichkeit und Sterben zu finden. Wie dieser Prozess verläuft, wie Menschen das Ende ihres Lebens erfahren und welche Bedeutung das für ihre Umgebung hat, schien ganz unerheblich zu sein. Wir sollten lernen, Leben zu erhalten, und uns nicht um den Tod kümmern, das war – nach unserer Meinung und nach Meinung unserer Professoren – der Zweck unserer Ausbildung.

Ich erinnere mich an ein einziges Gespräch über Sterblichkeit, als wir uns mit Tolstois klassischer Novelle *Der Tod des Iwan Iljitsch* beschäftigten. Es fand in einem Seminar über das Arzt-Patienten-Verhältnis statt, das angeboten wurde, weil der Fakultät daran gelegen war, uns zu vielseitigen und menschlichen Ärzten auszubilden. Ein paar Wochen lang übten wir korrektes Benehmen bei der körperlichen Untersuchung; dann lernten wir etwas über die Auswirkungen sozioökonomischer und ethnischer Faktoren auf die menschliche Gesundheit. Und an einem Nachmittag machten wir uns Gedanken über Iwan Iljitsch und sein Leiden an einer namenlosen unheilbaren Krankheit.

In der Erzählung ist Iwan Iljitsch fünfundvierzig Jahre alt, ein mittlerer Beamter in Sankt Petersburg, dessen Leben angefüllt

ist mit belanglosen Sorgen um seinen sozialen Status. Eines Tages fällt er von einer Leiter und zieht sich eine geringfügige Verletzung an der Hüfte zu. Der Schmerz klingt zunächst ab, wird dann aber wieder stärker, sodass er schließlich nicht mehr arbeiten kann. Aus einem glänzenden, lebhaften und liebenswürdigen Mann wird ein niedergeschlagener und entkräfteter Kranke. Freunde und Kollegen meiden ihn. Seine Frau ruft eine Reihe teurer Spezialisten zu Hilfe. Sie können sich über die Diagnose nicht einigen, und die Arzneien, die sie ihm geben, richten nichts aus. Für Iwan Iljitsch ist das alles eine Tortur, und seine Lage macht ihn immer wütender.

»Die Hauptqual für Iwan Iljitsch war die Lüge«, schreibt Tolstoi, »jene aus irgendeinem Grunde von allen anerkannte Lüge, dass er nur krank sei, nicht aber sterbe, dass er nur ruhig sein und sich behandeln lassen müsse, damit alles wieder gut werde.« Immer wieder blitzt die Hoffnung in ihm auf, dass sich die Dinge doch noch ändern würden, doch als er ständig schwächer und abgezehrter wird, wird ihm klar, was vorgeht. Seine Angst vor dem Tod wird immer größer. Doch der Tod ist ein Thema, das seine Ärzte, Freunde und Angehörigen nicht dulden können. Das ist die Ursache seines tiefsten Kummers.

Niemand bemitleidete ihn so, wie er es sich wünschte. »In manchen Augenblicken«, schreibt Tolstoi, »nach langen, heftigen Schmerzen, wünschte Iwan Iljitsch – obgleich er sich geschämt hätte, es einzugeben – nichts so sehr, als dass jemand ihn so bedauert hätte, wie man ein krankes Kind bedauert. Er wollte, dass man ihn liebkose, küsse, über ihn weine, wie man Kinder liebkost und tröstet. Er wusste, dass er ein hoher Beamter war, dass sein Bart schon grau wurde und dass dies infolgedessen unmöglich war; er wünschte es aber doch.«

Wie wir Medizinstudenten es sahen, war die Unfähigkeit von

Iwan Iljitschs Nächsten, ihn zu trösten und anzuerkennen, was mit ihm geschieht, auf ihren Charakter und ihre Kultur zurückzuführen. Das Russland des späten 19. Jahrhunderts der Erzählung kam uns brutal und fast primitiv vor. So wie wir glaubten, dass die moderne Medizin Iwan Iljitschs Krankheit, was immer ihr zugrundelag, wahrscheinlich hätte heilen können, hielten wir es auch für selbstverständlich, dass Ehrlichkeit und Güte zu den Grundtugenden eines verantwortungsbewussten modernen Arztes gehörten. Wir waren davon überzeugt, dass wir selbst in einer solchen Situation mitfühlender handeln würden.

Was uns eigentlich beschäftigte, war Wissen. Wir wussten, wie man Mitgefühl ausdrückt, aber wir waren uns gar nicht sicher, ob es uns gelingen würde, die richtige Diagnose zu stellen und die richtige Therapie zu verschreiben. Wir leisteten uns eine teure Ausbildung, weil wir lernen wollten, wie der Körper funktioniert und wie die komplexen Mechanismen der körperlichen Erkrankungen beschaffen sind, und wir wollten lernen, uns des reichen Schatzes an Entdeckungen und Technologien zu bedienen, die es ermöglichen, diesen Krankheiten Einhalt zu gebieten. Wir glaubten nicht, dass es nötig sei, sich über andere Dinge groß Gedanken zu machen. Also betrachteten wir Iwan Iljitsch als erledigt.

Doch schon nach einigen Jahren, als ich zum Chirurgen ausgebildet wurde und zu praktizieren begann, begegnete ich Patienten, die gezwungen waren, sich mit der Wirklichkeit von körperlichem Verfall und Sterben auseinanderzusetzen, und es dauerte nicht lange, bis ich erkannte, dass ich kaum dazu befähigt war, ihnen dabei zu helfen.

Als junger Assistenzarzt begann ich zu schreiben, und in einem meiner ersten Essays erzählte ich die Geschichte eines Mannes,

den ich Joseph Lazaroff nannte. Er arbeitete in der Stadtverwaltung und hatte einige Jahre zuvor seine Frau verloren. Sie war an Lungenkrebs gestorben. Jetzt war er Mitte sechzig und litt selbst an einem unheilbaren Tumor, einem stark metastasierenden Prostatakrebs. Er hatte schon über zwanzig Kilo abgenommen. Unterleib, Skrotum und Beine hatten sich mit Flüssigkeit gefüllt. Eines Tages konnte er beim Aufwachen sein rechtes Bein nicht mehr bewegen und war nicht mehr in der Lage, seinen Darm zu kontrollieren. Er wurde ins Krankenhaus eingewiesen, wo ich ihn kennenlernte. Ich gehörte damals zum Team der Neurochirurgie. Wir sahen, dass es Metastasen in der Brustwirbelsäule gab, die auf das Rückenmark drückten. Der Krebs war nicht heilbar, aber wir hofften, dass man ihn behandeln könne. Eine sofortige Bestrahlung zeigte allerdings nicht den gewünschten Effekt, und so boten ihm die Neurochirurgen zwei Möglichkeiten an: Palliative Maßnahmen oder eine Operation, die das wachsende Tumorgewebe aus seiner Wirbelsäule entfernte. Lazaroff wählte die OP. Meine Aufgabe als Assistenzarzt der Abteilung Neurochirurgie bestand darin, ihn die Einverständniserklärung unterschreiben zu lassen. Er sollte bestätigen, dass er verstand, welche Risiken mit dem Eingriff verbunden waren, und dass er den Eingriff wünschte.

Ich stand mit feuchten Händen vor seiner Tür, seine Akte unterm Arm und ohne die geringste Ahnung, wie ich mit ihm über das Thema sprechen sollte. Wir hofften, dass die OP die weitere Schädigung seines Rückenmarks verhinderte. Sie würde ihn nicht heilen und auch seine Lähmung nicht rückgängig machen oder ihm sein früheres Leben zurückgeben. Egal, was wir taten, er hatte höchstens noch ein paar Monate Lebenszeit, und der Eingriff war grundsätzlich riskant. Der Brustkorb musste geöffnet werden, eine Rippe musste entfernt und ein Lungenflügel um-

geklappt werden, um zur Wirbelsäule zu gelangen. Es würde zu einem hohen Blutverlust kommen. Die Genesung würde sich schwierig gestalten. In seinem geschwächten Zustand würde es danach mit hoher Wahrscheinlichkeit zu weiteren kräftezehrenden Komplikationen kommen. Seine Lage drohte sich durch all das zu verschlimmern, seine Lebenszeit würde verkürzt. Der verantwortliche Arzt hatte diese Risiken bereits angesprochen, und Lazaroff hatte klar gesagt, dass er die Operation wünschte. Ich musste nur noch zu ihm hineingehen und dafür sorgen, dass der Papierkram erledigt wurde.

Lazaroff lag im Bett und sah grau und abgezehrt aus. Ich sagte, ich sei Assistenzarzt und komme wegen der Einverständniserklärung. Ich sagte ihm noch einmal, dass der Tumor entfernt werde, dass es jedoch zu schwerwiegenden Komplikationen kommen könne, etwa zu Lähmungen oder einem Schlaganfall, und dass er die OP im schlimmsten Fall nicht überleben werde. Ich versuchte, das alles so klar wie möglich auszudrücken, ohne zu hart zu klingen, doch meine Worte irritierten ihn. Und es ärgerte ihn auch, dass sein Sohn, der ebenfalls im Zimmer war, fragte, ob man mit alldem nicht ein wenig übers Ziel hinausschieße.

»Sie dürfen mich nicht aufgeben«, sagte er. »Wenn es noch eine Chance für mich gibt, dann müssen Sie es versuchen.« Als er unterschrieben hatte und wir draußen waren, nahm der Sohn mich beiseite. Seine Mutter war auf der Intensivstation gestorben, sie war bis zuletzt beatmet worden, und damals hatte sein Vater gesagt, er wolle nicht, dass er jemals in eine ähnliche Lage komme. Und jetzt beharrte er darauf, dass »alles« für ihn gemacht wurde.

Zu jener Zeit war ich davon überzeugt, dass Mr Lazaroff die falsche Wahl getroffen hatte, und meine Überzeugung hat sich bis heute nicht geändert. Er traf die falsche Wahl, nicht weil

die Risiken zu hoch waren, sondern weil die Operation ihm gar nicht geben konnte, was er wirklich wollte: wieder kontinent sein, wieder Kraft haben, wieder das Leben führen, das er einmal kannte. Er jagte also eigentlich einem Trugbild nach, einer Phantasie, und er nahm dafür in Kauf, auf lange und schreckliche Weise sterben zu müssen – genau das, was am Ende passierte.

Die OP war in technischer Hinsicht ein Erfolg. Über achteinhalb Stunden lang hatte das chirurgische Team daran gearbeitet, die Tumormasse in Lazaroffs Rückenmark zu entfernen und den Wirbelkörper mit Akrylzement wiederherzustellen. Der Druck auf sein Rückenmark war nun beseitigt. Doch der Patient erholte sich nicht mehr. Auf der Intensivstation litt er unter Ateminsuffizienz; es kam zu einer systemischen Infektion und wegen seiner Immobilität zu Blutgerinnseln; dann, wegen der daraufhin verabreichten blutverdünnenden Medikamente, zu größeren Blutungen. Jeden Tag fielen wir weiter zurück und schließlich mussten wir uns eingestehen, dass er im Begriff war zu sterben. Am vierzehnten Tag sagte der Sohn, wir sollten nichts mehr tun.

Mir fiel die Aufgabe zu, Lazaroff von der Beatmungsmaschine zu nehmen, die ihn am Leben hielt. Ich stellte sicher, dass der Morphiumtropf so eingestellt war, dass er nicht unter Luftnot leiden würde. Ich beugte mich über ihn, und für den Fall, dass er mich hören konnte, sagte ich, dass ich nun den Atemschlauch aus seinem Mund nähme. Er hustete ein paarmal, als ich ihn herauszog, öffnete kurz die Augen und schloss sie wieder. Sein Atem wurde unregelmäßig und hörte dann ganz auf. Als ich seine Brust auskultierte, hatte sein Herzschlag schon ausgesetzt.

Heute, über zehn Jahre nachdem ich die Geschichte von Mr Lazaroff zum ersten Mal erzählte, beschäftigt mich nicht in erster Linie die falsche Wahl, die er traf, sondern wie sehr wir alle es vermieden, ehrlich mit ihm über diese Wahl zu sprechen.

Wir hatten keine Schwierigkeiten damit, ihm die Risiken der verschiedenen Behandlungsoptionen zu erklären, aber von seiner wirklichen Krankheit sprachen wir eigentlich nie. Onkologen, Strahlentherapeuten, Chirurgen und andere Ärzte hatten ihn über Monate hinweg behandelt, obwohl sie wussten, dass sein Leiden nicht heilbar war. Wir hatten es nie geschafft, über die tiefere Dimension seiner Lage und die Grenzen unserer Möglichkeiten zu sprechen, geschweige denn darüber, was für ihn am Ende seines Lebens vielleicht am meisten von Bedeutung wäre. Die Illusion, der er aufsaß, narrte auch uns. Da war er, ein Mensch im Krankenhaus, teilweise gelähmt durch einen Krebs, der seinen ganzen Körper befallen hatte. Die Chancen, dass er jemals zu einem Leben zurückkehrte, das auch nur annähernd so war wie nur wenige Wochen zuvor, waren gleich null. Doch das anzuerkennen und ihm dabei zu helfen, es zu verkraften, schien unsere Fähigkeiten zu übersteigen. Er bekam von uns weder Anerkennung noch Trost noch Unterstützung auf seinem Weg, nur das Angebot einer weiteren Behandlung, der er sich in der Hoffnung auf zweifelhaften Erfolg unterziehen konnte.

Wir waren nicht viel besser als Iwan Iljitschs primitive Ärzte aus dem 19. Jahrhundert – nein, eigentlich noch schlimmer, wegen der neuen Formen körperlicher Tortur, die wir unserem Patienten angedeihen ließen. Man fragt sich jedenfalls, wer mit größerem Recht primitiv genannt zu werden verdient.

Die Leistungen der modernen Wissenschaften haben das menschliche Leben grundlegend verändert. Die Menschen leben heute länger und besser als zu jeder anderen Zeit in der Geschichte. Doch durch den wissenschaftlichen Fortschritt sind die Vorgänge des Alterns und Sterbens zu Angelegenheiten der Medizin geworden, zu Dingen, die von den Profis des Gesundheitswesens

gemanagt werden. Und wir, die wir zum medizinischen Personal gehören, sind erschreckend wenig darauf vorbereitet.

Es handelt sich um eine verborgene Wirklichkeit, denn die letzten Phasen des Lebens sind den Menschen heute wenig vertraut. Um 1945 wurde meist noch zu Hause gestorben. In den achtziger Jahren starben nur noch 17 Prozent der Menschen in ihrer heimischen Umgebung, und das wahrscheinlich nur deshalb, weil ihr Tod zu plötzlich kam, als dass sie es noch ins Krankenhaus geschafft hätten; sie starben an einem Herzinfarkt, einem Schlaganfall oder einer schweren Verletzung und waren zu weit von einem Ort entfernt, wo sie Hilfe bekommen hätten. Nicht nur in den Vereinigten Staaten, sondern in der gesamten industrialisierten Welt erfahren Menschen inzwischen das hohe Alter und den Tod vor allem in Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Als ich Arzt wurde, trat ich in die Welt ein, die auf der anderen Seite der Krankenhaustüren liegt, und obwohl ich eine Ahnung davon hatte, was mich erwartete, da meine Eltern Ärzte sind, war damals alles neu für mich. Vor allem hatte ich noch nie jemanden sterben sehen, und das erste Mal war ein Schock für mich. Nicht weil ich an meine eigene Sterblichkeit erinnert wurde. Dieser Begriff fiel mir nicht ein, auch wenn ich Leute meines Alters sterben sah. Ich trug einen weißen Kittel; sie trugen Nachthemden. Anders herum konnte ich es mir nicht vorstellen. Ich konnte mir allerdings Menschen aus meiner Familie an ihrer Stelle denken, denn ich hatte erlebt, dass mehrere Mitglieder meiner Familie – meine Frau, meine Eltern und meine Kinder – ernste, lebensbedrohliche Krankheiten durchmachten. Doch auch unter den schlimmsten Bedingungen hatte die Medizin sie gerettet. Schockierend war für mich daher zu sehen, dass die Medizin es in diesen Fällen *nicht* schaffte, Menschen zu

retten. Theoretisch wusste ich natürlich, dass meine Patienten sterben konnten, aber jedes Mal, wenn es tatsächlich passierte, kam es mir wie eine unzulässige Ausnahme vor, als seien die Regeln gebrochen worden, nach denen – wie ich glaubte – gespielt wurde. Ich weiß nicht, was genau ich mir unter diesem Spiel vorstellte, aber es waren immer wir, die dabei zu gewinnen hatten.

Jeder junge Arzt, jede Krankenschwester ist irgendwann zum ersten Mal mit Sterben und Tod konfrontiert. Einige weinen. Andere ziehen sich in sich selbst zurück. Wieder andere bemerken es kaum. Als ich meine ersten Tode erlebte, wahrte ich Zurückhaltung und weinte nicht. Aber ich träumte von den Toten. Ich hatte immer wieder Albträume, in denen ich die Leiche einer meiner Patienten in meinem Haus sah – in meinem eigenen Bett.

»Wie ist er bloß hierhergekommen?«, fragte ich mich in heller Panik. Ich wusste, ich würde die größten Probleme bekommen und womöglich von der Polizei verfolgt werden, wenn es mir nicht gelänge, den toten Körper unbemerkt zurückzuschaffen ins Krankenhaus. Also versuchte ich, ihn in den Kofferraum meines Autos zu hieven – aber er war zu schwer. Oder es gelang mir, ihn hineinzuwuchten – aber dann sah ich, dass Blut aus ihm floss, und mein Kofferraum wurde wie von schwarzem Öl davon überflutet. Oder es gelang mir, ihn ins Krankenhaus zu bringen, wo ich ihn auf eine Bahre legte und durch lange Gänge schob – aber dann fand ich den Raum nicht, in den er gehörte. Jemand schrie hinter mir her und begann mich zu verfolgen, und schließlich erwachte ich neben meiner Frau, im Dunklen, nassgeschwitzt und mit rasendem Herzschlag. Ich hatte das Gefühl, diese Leute ermordet zu haben. Versagt zu haben.

Nein, der Tod ist kein Versagen. Der Tod ist normal. Er mag

der Feind sein, aber er gehört zum natürlichen Lauf der Dinge. Ich wusste das alles, auf rein abstrakte Weise. Aber ich hatte es nicht konkret erfahren: dass diese Wahrheit nicht nur allgemein gilt, sondern auch für diesen Menschen direkt vor meiner Nase, für diesen Menschen, für den ich verantwortlich war.

Der jüngst verstorbene Chirurg Sherwin Nuland spricht in seinem Klassiker *Wie wir sterben* davon, dass die Notwendigkeit des Sieges der Natur am Ende des Lebens von vielen Generationen vor unserer Zeit erwartet und akzeptiert worden war und dass die Ärzte damals viel bereitwilliger die Zeichen ihrer Niederlage erkannten und sie nicht arrogant verleugneten. Doch während das 21. Jahrhundert zum Höhenflug ansetzt, frage ich mich angesichts unseres ehrfurchterregenden Arsenals an Technologien, was es bedeuten würde, weniger arrogant zu sein.

Man wird Arzt, weil man sich eine bestimmte Art befriedigender Arbeit vorstellt. Die Befriedigung liegt in der Kompetenz. Es ist eine tiefe Befriedigung, die auch ein Schreiner empfinden mag, wenn er ein zerbrechliches antikes Möbelstück restauriert hat, oder ein Physiklehrer, der es schafft, einem Zehnjährigen den Aufbau der Atome klarzumachen. Teilweise hat es damit zu tun, dass man anderen hilft. Aber auch damit, dass man technisch versiert ist und schwierige und komplexe Probleme lösen kann. Die Kompetenz, die man besitzt, gibt einem ein sicheres Gefühl von Identität. Für einen Kliniker, der glaubt zu wissen, wer er ist, gibt es daher nichts Bedrohlicheres als einen Patienten mit einem Problem, das er nicht lösen kann.

Niemand entkommt der Tragödie des Lebens, die darin besteht, dass wir alle altern, vom Tag unserer Geburt an. Man kann dieses Faktum sogar begreifen und annehmen. (Meine toten und sterbenden Patienten tauchen inzwischen nicht mehr als drohende Gestalten in meinen Träumen auf.) Doch das bedeutet

nicht, dass man schon wüsste, wie man mit Dingen umgeht, die nicht repariert werden können. Ich übe einen Beruf aus, der erfolgreich das Vermögen trainiert, Mängel zu beseitigen und Probleme zu lösen. Wenn Ihr Problem lösbar ist, wissen wir, was zu tun ist. Aber wenn nicht? Es ist beunruhigend, dass wir bis jetzt noch keine angemessenen Antworten auf diese Frage gefunden haben. Denn Herzlosigkeit, Grausamkeit und außerordentliches Leid sind die Folgen.

Erst seit ein paar Jahrzehnten experimentieren wir damit, aus der Sterblichkeit eine medizinische Angelegenheit zu machen. Alles, was dazugehört, ist noch neu und unausgereift. Und ständig sehen wir, dass das Ganze eigentlich nicht funktioniert.

Dies ist ein Buch über die moderne Erfahrung der Sterblichkeit. Es beschäftigt sich damit, wie es ist, ein Geschöpf zu sein, das altert und stirbt, wie die Medizin diesen Vorgang verändert hat und inwiefern unsere Vorstellungen vom Umgang mit unserer Endlichkeit dazu führen, dass wir die Wirklichkeit missverstehen. Nach einem Jahrzehnt chirurgischer Praxis bin ich selbst inzwischen nicht mehr jung, und ich stelle fest, dass weder ich selbst noch meine Patienten mit dem zufrieden sind, wie wir die Dinge heute handhaben. Aber es ist mir auch noch nicht klar, wie die Antworten lauten sollten – ob es überhaupt angemessene Antworten geben kann. Dennoch hege ich als Schriftsteller und als Wissenschaftler die Hoffnung, dass es möglich ist, indem man den Schleier wegzieht und genau hinsieht, auch die verwirrendsten und verstörendsten Verhältnisse zu verstehen.

Man braucht nicht besonders viel Zeit mit alten oder todkranken Menschen zu verbringen, um zu erkennen, wie oft die Medizin die Menschen im Stich lässt, denen sie Hilfe bringen soll. In den letzten Tagen unseres Lebens werden wir, um einer

winzigen Hoffnung auf Besserung willen, Behandlungen unterzogen, die unser Gehirn benebeln und unseren Körper auslaugen. Wir verbringen diese Tage in Krankenhäusern und Pflegeheimen und auf Intensivstationen, wo straff reglementierte anonyme Abläufe uns von allem abschneiden, was uns im Leben wichtig ist. Da wir uns der ehrlichen Untersuchung der Erfahrung von Altern und Sterben nicht stellen wollen, fügen wir Menschen noch mehr Leid zu. Wir verweigern ihnen den grundlegenden Beistand, dessen sie am meisten bedürfen. Da wir kein stimmiges Bild davon haben, wie ein gutes Leben bis zum Ende aussehen könnte, haben wir zugelassen, dass unser Schicksal von den Sachzwängen der technischen Medizin und den Anweisungen Fremder bestimmt wird.

Ich habe dieses Buch geschrieben, weil ich zu verstehen hoffte, wie das geschehen konnte. Sterblichkeit kann ein tückisches Thema sein. Einige Leser werden Angst bekommen, weil hier ein Arzt über die Unvermeidlichkeit von Verfall und Tod spricht. Wie vorsichtig auch immer formuliert, kann das Thema das Gespenst einer Gesellschaft heraufbeschwören, die sich ihrer Alten und Kranken entledigen will. Doch geschieht das nicht schon, sind unsere Kranken und Alten nicht längst zu Opfern unserer Weigerung geworden, die Tatsache unserer unerbittlich endenden Lebenszeit zu akzeptieren? Und gibt es nicht vielleicht schon andere, bessere Denkansätze, Entwicklungen und Vorgehensweisen, direkt vor unseren Augen, die wir nur erkennen müssten?