

**SÜDWESTRUNDFUNK
SWR2 WISSEN - Manuskriptdienst**

**„Selbstbestimmt Sterben -
Was am Lebensende wichtig ist“**

Autorin und Sprecherin: Silvia Plahl
Redaktion: Sonja Striegl
Sendung: Mittwoch, 1. Februar 2012, 8.30 Uhr, SWR2

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Mitschnitte auf CD von allen Sendungen der Redaktion SWR2 Wissen/Aula (Montag bis Sonntag 8.30 bis 9.00 Uhr) sind beim SWR Mitschnittdienst in Baden-Baden für 12,50 € erhältlich. Bestellmöglichkeiten: 07221/929-26030!

SWR2 Wissen können Sie auch als Live-Stream hören im SWR2 Webradio unter www.swr2.de oder als Podcast nachhören: <http://www1.swr.de/podcast/xml/swr2/wissen.xml>

Manuskripte für E-Book-Reader:

E-Books, digitale Bücher, sind derzeit voll im Trend. Ab sofort gibt es auch die Manuskripte von SWR2 Wissen als E-Books für mobile Endgeräte im so genannten EPUB-Format. Sie benötigen ein geeignetes Endgerät und eine entsprechende „App“ oder Software zum Lesen der Dokumente. Für das iPhone oder das iPad gibt es z. B. die kostenlose App „iBooks“, für die Android-Plattform den in der Basisversion kostenlosen Moon-Reader. Für Webbrowser wie z. B. Firefox gibt es auch so genannte Addons oder Plugins zum Betrachten von E-Books. <http://www1.swr.de/epub/swr2/wissen.xml>

Kennen Sie schon das neue Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert.

Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de!

O-Ton 1 - Dialog Patientin und Birgit Vyhnalek:

Ja, Frau Kraxenberger, ich hatte Ihnen ja diese Morphintröpfchen da gelassen beim letzten Mal, wo Sie so ganz wenig, so zwei, drei Tröpfchen. Das haben Sie ausprobiert, oder? - Das hab ich abends jetzt ausprobiert, vorm Schlafen gehen, und dann ist die Atmung tatsächlich nach ner Zeit sehr viel ruhiger. Und dann kann ich auch viel besser schlafen.

Ansage:

„Selbstbestimmt Sterben - Was am Lebensende wichtig ist“ - eine Sendung von Silvia Plahl.

O-Ton 2 - Birgit Vyhnalek:

Das glauben uns die Leute immer nicht: Morphin, das ist doch ein Schmerzmittel, und wie soll das gegen Atemnot helfen? Und Fachärzte sagen dann: Ja, Morphin, das ist doch schlecht für die Atmung, das hat man mal gelernt, früher. Und das wissen wir halt inzwischen, dass das nicht so is.

Autorin:

Die Ärztin Birgit Vyhnalek besucht die Patientin Justine Kraxenberger in ihrem Zuhause. Birgit Vyhnalek ist Palliativmedizinerin in München. Sie betreut Justine Kraxenberger in ihrer letzten Lebensphase.

O-Ton 3 - Justine Kraxenberger:

Also ne ganz große ... ne ganz große Zeitspanne hab ich eher nich ...

Autorin:

Justine Kraxenberger leidet seit fünf Jahren an einem fortgeschrittenen Tumor im Bereich der Gallenwege, der inzwischen Metastasen in der Leber und in der Lunge, in der Bauchwand und in den Lymphknoten im Bauch gebildet hat. Noch vor ein paar Tagen wurden der Patientin im Krankenhaus fünf Liter Bauchwasser entleert. Doch es war immer noch Druck in ihrem Bauch und in den Beinen, sie hatte Atemnot und große Schmerzen und dachte, sie würde das Krankenhaus nun nicht mehr verlassen können. Da teilte ein Arzt der lebensbedrohlich Erkrankten mit, sie könne sich auch ambulant versorgen lassen. Kurz darauf hat die Palliativärztin Birgit Vyhnalek die schwerkranke Frau zuhause punktiert. Dann zeigte sie Justine Kraxenberger und ihrer Lebensgefährtin, wie sie selbst das sich ständig neu bildende Bauchwasser ablassen können. Das war vor zwei Tagen.

O-Ton 4 - Justine Kraxenberger:

Dass wir halt auch unabhängiger sind. Vom Anstöpseln, vom Abstöpseln, man kann das ja alles lernen, das ist ja kein Zauberwerk.

Autorin:

Justine Kraxenberger ist 57 Jahre alt, eine gepflegte, wache Frau. Sie sitzt geschwächt in ihrem Wohnzimmersessel und erzählt von ihrem Stolz auf die beiden Töchter und die Freude über das acht Wochen alte Enkelkind. Jetzt zu Hause zu sein, das stimme sie

doch froh, sagt die schwerkranke Patientin. Neben sich hat Justine Kraxenberger ihr Strickzeug liegen, vor ihr steht das Klavier. Ihre Lebensgefährtin hat sich frei genommen. Die beiden Frauen fühlen sich gut versorgt und gut aufgehoben in der ambulanten Betreuung, in der sie sogar ein wenig autonom sein können.

O-Ton 5 - Lebensgefährtin:

Das muss ich sagen, das ist in dieser misslichen Lage auch ganz schön. Zu wissen, dass man was tun kann. Als Angehörige. Spritzen ziehen und. Das ist ja wie Handwerken.

Autorin:

Als das Ablassen des Bauchwassers nicht so recht klappte, war eine Kollegin des ambulanten Teams sofort zur Stelle. So haben die beiden Frauen bereits die ersten Probleme gemeistert, als Birgit Vyhnaelek wieder zu ihnen nach Hause kommt.

O-Ton 6 - Dialog Birgit Vyhnaelek und Justine Kraxenberger:

Habe Ihnen noch ein paar Beutel mitgebracht, knirsch, knirsch, da können Sie nach Belieben nochmals was ablassen. - Drei Liter waren das wieder. - Drei Liter Bauchwasser ... - Da ist ein Wahnsinnsdruck weg natürlich. Also sowohl vom Bauchgefühl, als auch vom Atem. Das erleichtert (hustet) ohne Ende.

Autorin:

Die Palliativmedizinerin möchte gern mit den beiden Frauen die nächste, ungewisse Zukunft besprechen. Diese Zeit soll die Patientin möglichst angenehm und schmerzfrei verbringen können. Das Morphin gegen die Atemnot hat sie bereits erhalten. Auch ein Schlafmittel nimmt sie ab und zu. Doch der Blutdruck sei sehr niedrig.

O-Ton 7 - Birgit Vyhnaelek:

Was viele Ärzte sagen ist, wenn der Blutdruck so niedrig ist, muss man Infusionen haben. Und das halt ich einfach in Ihrem Fall für falsch, weil dann das Körperwasser, das Bauchwasser noch mehr werden würde ... Alternativ gibt's natürlich die Möglichkeit, mit Kreislauftropfen zu probieren, den Kreislauf noch mal ein bisschen zu aktivieren.

Autorin:

Justine Kraxenberger spürt, dass sie bald sterben wird. Ihr Tod wird nicht unerwartet kommen, er ist absehbar. Rund zwei Drittel der Menschen in den Industrienationen sterben heute auf vergleichbare Weise. Sie treten nicht plötzlich aus dem Leben, sondern in einer kürzeren oder längeren Phase und werden dabei ärztlich begleitet. Die Frage, wie eine solche Sterbebegleitung aussehen und ablaufen soll, rückt daher immer stärker in den Vordergrund und mit ihr auch die Frage, wie die Menschen ihr Lebensende selbst bestimmen und gestalten können. Hospizarbeit und moderne Palliativmedizin gewinnen dabei zunehmend an Beachtung und Bedeutung. Beide Bereiche gehen auf die britische Krankenschwester, Ärztin und Sozialarbeiterin Dame Cicely Saunders zurück. Sie eröffnete 1967 in London das erste Hospiz - lateinisch hospitium - eine Herberge für sterbenskranke Menschen. Der kanadische Arzt Balfour Mount gründete daraufhin 1975 in einem Krankenhaus in Québec die erste

Palliativstation: eine aus dem Lateinischen pallium, der Mantel, abgeleitete behutsame Ummantelung am Lebensende. Lange Zeit waren es dann vor allem ehrenamtliche Hospizhelfer, die Sterbende behutsam begleiteten, während in der Medizin eine meist lebensverlängernde Hochleistungsmedizin das Geschehen dominierte. Die Palliativversorgung führte ein Nischendasein. 2002 schließlich definierte die Weltgesundheitsorganisation WHO:

Zitator:

„Palliativbetreuung dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“

Autorin:

Seither sind in Deutschland Palliativstationen und Palliativdienste in Krankenhäusern entstanden. Daneben wurden so genannte Spezielle Ambulante Palliativversorgungen wie die Betreuung von Justine Kraxenberger eingerichtet. Die Hospizdienste wiederum haben inzwischen selbst oft Palliativärzte mit im Team, um auf alle Bedürfnisse der Schwerkranken eingehen zu können. Die meisten Patienten wünschen sich am Lebensende möglichst wenig Schmerzen und Leid und möglichst wenig Verlust der Selbstkontrolle. Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige und auch die Patienten benötigen Kenntnisse über die körperlichen und seelischen Vorgänge in der Sterbephase. Daneben muss es die Möglichkeit geben, persönliche Anliegen zu äußern und diese auch zu verwirklichen. Der Gesetzgeber hat 2009 dazu rechtsverbindlich festgelegt, dass jeder Mediziner dem Behandlungswunsch oder auch Nicht-Behandlungswunsch zu folgen hat, der etwa in einer Patientenverfügung formuliert ist. Heute gilt: Es zählt in *jedem* Fall der Wille der Patienten, egal ob sie diesen bereits erklärt haben und egal, in welchem Zustand sie sich befinden. Dazu müssen oft laufend neue Entscheidungen getroffen werden, und Ärzte, Pflegepersonal, die Patienten selbst und ihre Familien sind zu einem intensiven Dialog angehalten. Sie alle orientieren sich dabei zunehmend an einem selbstbestimmten, immer auch individuellen Sterben der Menschen. Das verändert nicht selten ihre Einstellung zum Tod. Gerade in der Medizin galt lange Zeit fast ausschließlich das Credo, das Lebensende der Patienten möglichst lange aufzuschieben.

O-Ton 8 - Stefan Lorenzl:

Man bekommt ja ganz andere Grundsätze als Mediziner beigebracht. Therapieziel ist Heilung, eine Therapiezielverfehlung ist eben: man kann irgendjemanden nicht heilen.

Autorin:

Professor Stefan Lorenzl, ist leitender Arzt am Zentrum für interdisziplinäre Palliativmedizin im Münchner Universitätsklinikum Großhadern. Lorenzl hält sich inzwischen an einen Satz von Cicely Saunders: „Es ist wichtig, nicht dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben zu geben.“ Doch dafür, sagt Lorenzl, müsse man lernen, einen Impuls zu unterdrücken.

O-Ton 9 - Stefan Lorenzl:

Der Impuls: Was mache ich als nächstes, was mache ich als nächstes? Welche Möglichkeiten habe ich noch, welche therapeutischen Möglichkeiten habe ich noch? Und dieses Umlernen also im Bereich der Kommunikation mit dem Menschen, mit dem Patienten, das war für mich eigentlich am Anfang das Schwierigste. Auch vielleicht mal meine Gefühle wieder zu spiegeln. Und auch die Gefühle des Patienten auszuhalten mal. Und einfach dabei zu sein. Einfach nur da zu sein. Wie ein Mensch eben. Und nicht nur die ärztliche Rolle.

Autorin:

Auf dieser Basis, erklärt Lorenzl, könne man dann einem Patienten auch sagen, dass eine weitere Chemotherapie gar keinen Nutzen für ihn haben würde: Das Erbrechen und die schädlichen Nebenwirkungen würden aller Voraussicht nach überwiegen. Erst im gegenseitigen Vertrauen, so Lorenzl, könne man mit Patienten darüber sprechen, ein bislang verfolgtes Therapieziel zu ändern.

O-Ton 10 - Stefan Lorenzl:

Ich glaube, dass dadurch wieder etwas sehr Gutes in die Medizin hinein kommt. Der Blickwinkel ist der Patient, der steht einfach im Mittelpunkt. Das ist so ein Umdenken, welches durch die Palliativmedizin wieder auch in ganz andere Bereiche der Medizin zurück kommt.

Autorin:

„Palliativmedizin, Palliative Care gehört in die Köpfe, nicht in die Mauern!“ fordert Professor Gian Domenico Borasio in seinem im Herbst 2011 erschienenen Buch „Über das Sterben“. Er gilt als einer der führenden Palliativmediziner in Europa und lehrt in München und Lausanne. Borasio legt dar, dass es für die meisten Patienten grundsätzlich möglich wäre, zuhause zu sterben. Denn die wenigsten Menschen benötigen am Lebensende das spezialisierte Angebot von Palliativstationen, Hospiz-Stationen oder palliativ betreuten anderen Stationen im Krankenhaus. Nur etwa zehn Prozent der Deutschen sterben dort, wie eine Erhebung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zeigt. 90 Prozent aller Sterbenden, schreibt Borasio, können problemlos von Haus- und Fachärzten und besonders ausgebildeten Pflegediensten begleitet werden, ergänzt durch ambulante Hospiz- und Palliativdienste. Diese Hauptsäule der persönlichen Sterbebegleitung, die so genannte allgemeine ambulante Palliativversorgung, sei auszubauen und zu fördern. Jedoch vergüten die Krankenkassen derzeit etwa eine Stunde Hausbesuch eines Hausarztes pauschal mit nur rund 19 Euro. Eine spezielle Palliativversorgung hingegen wird von den Kassen gesondert genehmigt und ist finanziell viel besser gestellt. So wird weiter zunächst in Krankenhäusern und stationären Einrichtungen das erforscht, was später dahin übertragen werden soll, wo die meisten Menschen sterben wollen: In ihrem Zuhause, umgeben von Angehörigen oder Freunden, betreut von einem Arzt ihres Vertrauens.

Atmo 1: Palliativstation Köln / Flur

O-Ton 11 - Yvonne Eisenmann:

Hier rechts sind Patientenzimmer. Das sind alles Einzelzimmer mit nem eigenen Bad und einer Schlafcouch drin. Und alle haben Zugang zum Garten.

Autorin:

Yvonne Eisenmann, 29 Jahre alt, ist Krankenschwester und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Palliativstation im Mildred-Scheel-Haus der Uniklinik Köln. Sie führt durch einen ruhigen, breiten Stationsflur mit Klinkerboden, vielen Skulpturen und Sitzgruppen in Blautönen - und deutet nach draußen.

O-Ton 12 - Yvonne Eisenmann:

Das ist auch der Patientengarten, da kann man über die Rampe mit dem Bett runter fahren, mit dem Rollstuhl runterfahren. Wird im Sommer und Frühjahr eigentlich auch ganz gut genutzt.

Autorin:

Die Kölner Palliativstation wurde 1983 mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe als erste ihrer Art in Deutschland gegründet. 15 sterbenskranke Patienten können hier aufgenommen werden, zusammen mit ihren Angehörigen. Die meisten bleiben etwa elf Tage auf Station, sie feiern Taufen, Hochzeiten, Geburtstage. Die Hälfte der Patienten stirbt auch hier.

O-Ton 13 - Yvonne Eisenmann:

Palliativstationen sollen für die Akutversorgung zuständig sein, also die akuten Symptome lindern, so dass der Patient möglichst nach Hause gehen kann. Oder wenn das nicht möglich ist, dann in ein Hospiz verlegt werden kann.

Autorin:

Die Patienten werden hier auf ihre letzte Lebensphase vorbereitet. Dazu steht an erster Stelle die Aufgabe, sie mit den richtigen Medikamenten möglichst schmerzfrei zu entlassen. Oft haben Patienten fünf oder mehr verschiedene Arten von Beschwerden. Für ihre Behandlung hat die Weltgesundheitsorganisation ein Dreistufenschema der Schmerztherapie entwickelt, das von einfachen Schmerzmitteln bis hin zu starken so genannten Opioiden reicht, zu welchen auch Morphin gehört. Jeder Patient soll Basismedikamente für seine Schmerzfreiheit erhalten sowie Bedarfsmedikamente, die er bei plötzlichen Schmerzverstärkungen sofort zur Hand hat. Hinzu kommen so genannte Begleitmedikamente, welche die Schmerzmittel unterstützen können. Cortison gehört dazu, Arzneien gegen Epilepsie, Nervenmittel oder Antidepressiva. Die reine Schmerztherapie, so der Palliativmediziner Borasio, mache etwa 15 Prozent der Arbeit aus, das vielleicht noch viel schlimmere Symptom am Lebensende jedoch sei die Atemnot. Atemnot erzeuge Angst - diese wiederum verstärke die Atemnot. Borasio schreibt in seinem Buch „Über das Sterben“:

Zitator:

„Das wirksamste Medikament gegen Atemnot ist das Morphin. Der Mythos der Gefährlichkeit ... hält sich ... hartnäckig, obwohl er längst widerlegt ist.“

Dementsprechend wird auch heute noch der Einsatz von Morphin ... aufgrund der atemdämpfenden Wirkung ... in den meisten medizinischen Lehrbüchern fälschlicherweise abgelehnt. - Das Symptom Angst wiederum lässt sich mit angstlösenden Medikamenten, vor allem aus der Substanzgruppe der Benzodiazepine (z. B. Lorazepam), hervorragend behandeln. Leider stehen Benzodiazepine ebenfalls auf der „schwarzen Liste“ für Patienten mit Atemproblemen, obwohl auch deren Sicherheit in der Behandlung der Atemnot längst nachgewiesen ist.“

Autorin:

Doch auch Atemtherapie könne helfen, unterstreicht Borasio. Oder etwa eine gute Krankengymnastik bei Muskelverspannungen von Tumorpatienten. Schmerzen oder Atemnot von Sterbenden sind darüber hinaus meist noch mit anderen Dingen verwoben, so die Erfahrung von Palliativteams. Unverarbeitete Erlebnisse, Konflikte, Einsamkeit, Unerledigtes oder auch die Angst vor dem Sterben bereiten vielen Menschen am Lebensende leidvolle Stunden, bis hin zur Hoffnungslosigkeit oder einem gesteigerten Todeswunsch. Das Kölner Palliativteam um Professor Raymond Voltz untersucht dieses Phänomen:

O-Ton 14 - Raymond Voltz:

Und das reicht von dem ernst gemeinten Wunsch: Bitte gib mir jetzt die Spritze, bis hin zum eigentlich dem Wunsch: Bitte hilf mir. So möchte ich nicht weiterleben. Aber dann ändere bitte was an dem so.

Autorin:

Die Sterbebegleiter erleben, dass Todeswünsche und auch Tötungswünsche bei todkranken Patienten relativ häufig vorkommen. Nicht selten schrecken dann vor allem Ärzte zurück, aus Furcht, sie könnten darum gebeten werden, den Schwerkranken eine so genannte aktive Sterbehilfe zu leisten. Viele fühlen sich hier in eine juristische und moralische Grauzone gedrängt. Tatsächlich führte der Begriff der „Sterbehilfe“ und seine irritierende Unterscheidung in „aktiv, passiv und indirekt“ bislang vor allem zu Verwirrung und Unsicherheit bei den Beteiligten. Palliativmediziner und auch Medizinethiker fordern daher, in Deutschland den irreführenden Begriff der „Sterbehilfe“ endgültig abzuschaffen. Es gibt auch keinen gleichlautenden Begriff im Englischen, Italienischen oder Französischen. Gerade sterbensranke Patienten, so die Beobachtung, äußern auch einen Todes- oder Tötungswunsch oft vorbeugend aus Angst vor dem Schlimmen, was noch kommen könnte. Ein Palliativteam muss also lernen, diese Aussagen richtig zu deuten.

O-Ton 15 - Raymond Voltz:

Das zu verstehen, was wirklich dahinter steckt, und dann auch zu verstehen, dass dies ein wandelbares Phänomen ist. Das ist also nicht einmal gesagt, und dann kann die juristische, medizinethische Diskussion beginnen: Was machen wir jetzt? Sondern das ist natürlich etwas, was sich auch von einem Tag auf den anderen, vielleicht sogar innerhalb eines Tages auch verändern kann.

Autorin:

Die gesamte Palliativstation ist dann auch gefragt, den Patienten Beistand zu leisten. Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal.

O-Ton 16 - Raymond Voltz:

Ein Patient hat dann mal gesagt: Ja, bis gestern hatte ich immer nur auf meinen Tod, auf mein Sterben mich fixiert, und seitdem wir jetzt mal darüber geredet haben, denke ich plötzlich wieder an mein Leben. Und da ist es natürlich unsere Aufgabe, erst mal einfach gut hinzuhören, das differenziert zu betrachten und dann natürlich auch zu versuchen, den Lebenswillen für die noch verbleibende Lebenszeit auch wieder zu stärken.

Autorin:

Bei mehr als 95 Prozent der Menschen, die einen Todeswunsch haben, könne man die Gründe dafür so abmildern, dass sie den Todeswunsch nicht mehr äußern, betont der Mediziner Voltz. Bis hin zu einer so genannten Palliativen Sedierung, bei der die Patienten in einen narkoseähnlichen 24-Stunden-Schlaf versetzt werden. Aus diesem erwachen die meisten dann beruhigter. Das Forschungsteam am Kölner Zentrum für Palliativmedizin möchte nun auch andere Kollegen zu dem Todeswunschphänomen befragen. Die Soziologin Maren Galushko koordiniert die Erhebung und die Auswertung der Antworten.

O-Ton 17 - Maren Galushko:

Ob sie darauf nun schweigend reagieren oder mit Rückzug. Oder indem sie Ehrenamtliche hinschicken oder dass sie viele Gespräche führen oder den Psychologen rufen. Das ist ja das eigentliche Fernziel. Etwas an die Hand zu geben für junge Kollegen in der Versorgung, was sie tun können, wenn jemand diesen Todeswunsch hat. Und dann eine Intervention zu entwickeln, die nachweislich auch hilft.

Autorin:

Als sie mit den Patienten über die Optimierung der Sterbesituation sprachen, erfuhren die Fachkräfte, dass es Vielen darum ging, am Ende des Lebens ihren Emotionen Raum zu geben. Oft erhoffen sie sich eine Unterstützung darin, ihre Gefühle überhaupt auszudrücken. Ein Streit innerhalb der Familie belastet sie zum Beispiel. Oder sie wollen niemandem zur Last fallen und finden keine Lösung für sich. Psychologische Hilfe ist gefragt. International wird gerade daran gearbeitet, ein Curriculum für die Ausbildung von Psychologen in der Palliativversorgung zu erstellen. Das Kölner Team um Raymond Voltz setzt sich auch dafür ein, zum Beispiel bei Krebspatienten routinemäßig schon im Verlauf der fortschreitenden Grunderkrankung palliativ mitzuarbeiten. Eine Studie in Boston mit Patienten mit einem Bronchialkarzinom hat 2010 bereits aufgezeigt: Diejenigen Krebspatienten, die onkologisch *und* palliativ behandelt wurden, hatten weniger Chemotherapien, eine größere Lebensqualität - und sie haben sogar im Durchschnitt 2,7 Monate länger gelebt.

O-Ton 18 - Stephan Allmendinger:

Morgen, Hallo miteinander ... Frage, wie jede Woche: Habt ihr, gibt's Patienten bei euch, die in der Sterbephase sind oder wo ihr das Gefühl habt, es könnte sich dem Ende zu neigen? - Also, da tut sich jetzt grad nicht so viel. Aber wir hätten welche - es dauert noch ein paar Tage. Also wir denken - wenn ihr vielleicht Ende der Woche nochmal vorbeischauchen könntet, glaub ich, wäre das ganz gut.

Autorin:

Die Station für Strahlentherapie im Münchner Klinikum Großhadern. Ein kleines Palliativteam kommt hier regelmäßig einmal die Woche vorbei ... (**Atmo 2:** Stationszimmer) ... und fragt im Stationszimmer nach, ob Ärzte und Pflegekräfte das Gefühl haben, einer ihrer Patienten sei in die Sterbephase eingetreten. Das ist heute nicht der Fall.

O-Ton 19 - Katharina Uhrig:

Aber ihr wisst ja Bescheid: Wenn ihr in irgendeiner Art und Weise Hilfe oder Unterstützung braucht, dann meldet ihr euch einfach bei uns.

Atmo 3: Schritte im Treppenhaus

Autorin:

Pflegerin Katharina Uhrig und der Assistenzarzt Stephan Allmendinger verlassen die Station.

O-Ton 20 - Stephan Allmendinger:

Wir wollen auch ein bisschen Aufmerksamkeit schaffen, Achtsamkeit für dieses Thema, auch dass es nicht mehr ein Tabuthema bleibt, wie's leider oft noch ist. Grade im Krankenhaus.

Autorin:

Zwar wollen Umfragen zufolge die meisten Menschen am liebsten zuhause sterben, verwirklichen können dies jedoch nur etwa 30 Prozent. So die Daten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Etwa 25 Prozent sterben in Pflegeheimen, mit steigender Tendenz. Für 40 Prozent der Deutschen ist statistisch gesehen das Krankenhaus der Sterbeort. Doch wird in den Kliniken dem Sterben oft kein eigener Raum gegeben. Es mangelt an Zeit, Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Patienten in ihrer letzten Lebensphase. Ende der 90er Jahre entwickelten in Großbritannien Klinik- und Hospizkräfte den so genannten Liverpool Care Pathway, einen Leitfaden für die Sterbebegleitung. Das kleine interdisziplinäre Palliativteam in München führt diesen nun Schritt für Schritt im Großklinikum Großhadern ein. Tritt ein Patient nach Einschätzung des Personals in die Sterbephase ein, wird das „Therapieziel geändert“ so der Terminus. Dann arbeiten meist ein Arzt und eine Pflegekraft gemeinsam eine Checkliste durch.

O-Ton 21 - Stephan Allmendinger:

Beispielsweise: Hat das ganze Team eigentlich diese Entscheidung, diesen Therapieweg, der jetzt eingeschlagen ist, mitbekommen? Wissen wir, haben wir nachgefragt, was dieser Mensch, was die Angehörigen an Begleitung in der letzten Lebensphase eigentlich wünschen?

Autorin:

Ist alles schriftlich dokumentiert, wird zum Beispiel alle vier Stunden geprüft, ob ein Patient wirklich schmerzfrei ist, erklärt Stephan Allmendinger. Er ist Assistenzarzt auf der Großhaderner Palliativstation und sagt, auch er habe im Studium nicht gelernt, wie ein normaler Sterbeprozess aussieht. 2009 wurde zwar die Palliativmedizin für alle Medizinstudenten Pflicht- und Prüfungsfach, doch ziehen sich derzeit immer noch zu viele Ärzte von Sterbenden zurück und überlassen das Feld den Pflegekräften. So lautet vielerorts der Vorwurf. Dabei, so Stephan Allmendinger, müsse man sich einfach gegenseitig informieren. Zum Beispiel darüber, dass vielen Sterbenden ihr Medikament auch schonend gegeben werden kann.

O-Ton 22 - Stephan Allmendinger:

Da kann ich in die Bauchdecke, oder im Oberarm, oder im Oberschenkel eine kleine Subkutannadel legen, das ist wie wenn man eine kleine Insulinspritze kriegt, und über diese Nadel kann ich sicher Medikamente verabreichen. Das ist ein Wissen, das eigentlich jeder Arzt auf jeder Station irgendwo zumindest mal gehört haben sollte.

Autorin:

Der Palliativpfleger Martin Hoffmann kennt ähnliche Tipps: Rezepte für Schmerzölmischungen, das Legen von Mandarinenkompressen bei Schluckauf. Beim Thema Flüssigkeitsgabe empfiehlt er allen, ...

O-Ton 23 - Martin Hoffmann:

Dass gute Mundpflege Durstgefühl verringern kann, beziehungsweise beseitigen kann. So lang die Mundschleimhaut gut feucht ist, ist kein Durstgefühl da. Das ist bewiesen, und das ist eben halt ganz wichtig, diese Sicherheit auch zu den Angehörigen zu tragen.

Autorin:

Flüssigkeiten führen fast immer zu Ödemen und Rasselatmung bei den Patienten. Feuchtigkeit aus Sprühfläschchen und in Wattetupfern hingegen tolerieren die meisten im Mund - und sei es auch Wein oder Bier, so die Erfahrung des Palliativpflegers. Da fühlt sich Martin Hoffmann oft als Anwalt der Patienten - deren Angehörige Sorge haben, ihre Lieben könnten verdursten.

O-Ton 24 - Martin Hoffmann:

Man merkt's sehr deutlich, wenn ein Patient den Mund nicht aufmacht oder eher zusammen kneift, dann hat er definitiv auch keinen Durst, davon kann man ausgehen, aber toleriert auch diesen Stress nicht, und dann lässt man's auch.

Autorin:

2004 stellte auch die Bundesärztekammer fest, dass Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr für Sterbende eine große Belastung darstellen könnten. Hunger und Durst müssten jedoch als subjektive Empfindungen gestillt werden. So sind auch hier laufend Entscheidungen zu treffen, die dem Willen des sterbenden Menschen gerecht werden. Das ist vor allem dann besonders schwierig, wenn die Patienten sich nicht mehr dazu äußern können und auch keine Patientenverfügung vorliegt, die eine entsprechende Frage eindeutig beantwortet. Dann, so sagt der Münchner Palliativmediziner und Medizinethiker Ralf Jox, gelte es, den *mutmaßlichen* Willen eines Patienten herauszufinden. Laut Ralf Jox wird in der medizinischen Praxis viel häufiger auf der Basis des mutmaßlichen Patientenwillens entschieden als auf der Grundlage einer Patientenverfügung. Das birgt auch Missverständnisse:

O-Ton 25 - Ralf Jox:

Wir wissen aus Studien interessanterweise auch, dass selbst engste Angehörige sich manchmal irren können. Das geht bis zu ein Drittel aller Fälle, wo eben engste Angehörige diesen mutmaßlichen Willen nicht ganz korrekt und akkurat treffen.

Autorin:

Ralf Jox ist der Meinung, dass vor allem schwer und chronisch kranke Menschen eine Patientenverfügung verfassen sollen - und auf jeden Fall immer in Absprache mit der Familie und mit Haus- und Fachärzten. Eine Patientenverfügung sieht er als Türöffner für weitere Gespräche zwischen allen Beteiligten. Jox hält die so genannte Vorsorgevollmacht für das eigentlich wichtigere Dokument. In ihr legt eine Person fest, wer stellvertretend für sie am Lebensende rechtsverbindliche Entscheidungen trifft - auch über medizinische Behandlungen. Insgesamt, urteilt der Medizinethiker, stünden wir in Deutschland gesetzlich ganz gut da zu allen Fragen, die das Sterben betreffen. Auch in dem sehr schwierigen Bereich: dem Zulassen des Sterbens.

O-Ton 26 - Ralf Jox:

Wir dürfen lebenserhaltende Maßnahmen beenden oder eben nicht beginnen, wenn sie entweder nicht mehr indiziert sind, nicht mehr medizinisch angezeigt sind, oder wenn sie dem Patientenwillen widersprechen. Wir wissen, dass in so einer Situation es rechtlich zulässig ist, auch ethisch geboten ist, eben sowohl bestimmte Behandlungen nicht mehr durchzuführen wie zum Beispiel die Wiederbelebung, als auch schon begonnene Behandlungen zu beenden, wie etwa die Beatmung, oder Medikamentengabe oder ähnliches.

Autorin:

In der Sterbebegleitung allerdings hat Deutschland im europäischen Vergleich noch aufzuholen, gemessen an den europäischen Empfehlungen zur Palliativversorgung und Hospizarbeit. Es fehlen vor allem einheitliche politische Strukturen und Strategien, so die Kritik. Auch würden überwiegend nur Tumorkranken palliativ betreut. Das soll sich ändern: Palliativmediziner in Deutschland untersuchen mittlerweile, wie Patienten mit Multipler Sklerose, mit neurologischen Erkrankungen, wie Demenzkranke oder auch Wachkomapatienten fachgerecht begleitet werden können. Lehrstühle für die spirituelle

Betreuung von Sterbenden und die soziale Arbeit in der Palliativversorgung werden eingerichtet. Denn auch Glaube und Religion und die Klärung vieler Formalien gehört zu einer guten Begleitung von Sterbenden und ihren Familien.

Atmo 4: Stimmen bei Patientin

Autorin:

Justine Kraxenberger erzählt, sie habe in den letzten Jahren ihren Groll auf den Ehemann, die Scheidung und das viele Alleinsein dann doch noch verarbeitet. Auch einen letzten Wunsch konnte sie sich erfüllen: eine Reise nach Brasilien, die für sie auch eine spirituelle Erfahrung war.

O-Ton 27 - Justine Kraxenberger:

Nicht, um zu betteln: Bitte, ich will nicht sterben. Sondern um zu bitten, dass ich mit meinem Frieden diesen Übergang antreten darf. Weil für mich ist das Leben nicht zu Ende mit dem Tod.

Autorin:

Vier Wochen nach ihrer Krankenhausentlassung starb Justine Kraxenberger friedlich zuhause. Ihre Lebensgefährtin und ihre beiden Töchter waren bei ihr.

Literatur:

- Gian Domenico Borasio: Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen. Verlag C. H. Beck, 2011.
- Ralf J. Jox: Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Verlag Edition Körber-Stiftung, 2011.
- Michael de Ridder: Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. Deutsche-Verlags-Anstalt, 5. Aufl., 2011.
- Zeitschrift für Palliativmedizin. Organ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Thieme-Verlag. www.dgpalliativmedizin.de

palliativzentrum.uk-koeln.de
www.izp-muenchen.de
www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de
www.hospiz-und-palliativmedizin.de