

# Besser sterben

**Der Tod macht Angst. Doch dank der modernen Palliativmedizin braucht heute keiner ein qualvolles Sterben zu befürchten. Das junge Fach muss sich allerdings noch gegen Widerstände im Medizinbetrieb behaupten. Von Nina Streeck**

**D**er Gedanke an den eigenen Tod weckt Ängste. Wir könnten grausame Schmerzen verspüren, unter peinigender Atemnot leiden oder in geistiger Umnachtung delirieren. Im Spital wildfremden Menschen wehrlos ausgeliefert, angeschlossen an piepsende Apparate, den Körper voller Schläuche. Niemand möchte so sterben.

Dem kann scheinbar nur sicher entgehen, wer rechtzeitig in Betracht zieht, sich selbst das Leben zu nehmen. Doch so verständlich die Angst vor einem leidvollen Tod ist, so grundlos ist sie. Wir müssen nicht unter Qualen sterben. Die moderne Palliativmedizin kennt vielfältige Mittel, einen würdevollen Tod zu ermöglichen. Weil das kaum jemand weiss - denn das Sterben ist immer noch tabuisiert - hat Gian Domenico Borasio, Inhaber des einzigen Schweizer Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne, das Buch «Über das Sterben» geschrieben, das zum Bestseller geworden ist.

Er möchte, so sagt er, «Ängste lindern» - indem er darüber aufklärt, was wir über den Sterbeprozess wissen, wie uns die Medizin beim Sterben helfen kann und wir uns auf unseren Tod vorbereiten können. Und indem er dazu beiträgt, dass der palliative Ansatz seinen Status als Störenfried des Medizinbetriebs verliert. Denn obwohl die Palliativmedizin segensreich für Sterbende wirkt, ist sie eher unbeliebt, da sie hergebrachtes medizinisches Wirken infrage stellt. Ihre Möglichkeiten werden deswegen längst nicht so ausgeschöpft, wie es aus Sicht der Patienten wünschenswert wäre.

Die meisten Menschen könnten problemlos zu Hause sterben, wie fast alle es auch ersehnen - wenn man sie liesse. «Für 80 bis 90 Prozent der Sterbenden genügt es, von einem geschulten Haus- oder Facharzt begleitet zu werden», sagt Borasio. Dennoch verbringen 41 Prozent ihre letzten Tage im Spital, ein guter Teil sogar auf einer Intensivstation. Für Borasio ein Indiz dafür, dass es vielen Ärzten schwerfällt, das, was er «liebevolles Unterlassen» nennt, zu praktizieren: Nicht um jeden Preis eine weitere aggressive Therapie vorschlagen, die ohnehin keine Heilung mehr verheisst, das

Wohlbefinden schmälert und die verbleibende Lebenszeit womöglich gar verkürzt.

Vor zwei Jahren untersuchten Forscher an der Harvard University, wie es sich auswirkt, an Lungenkrebs erkrankte Patienten frühzeitig palliativ zu betreuen. Gegenüber der Kontrollgruppe, die lediglich die üblichen scharfen Chemotherapien erhielt, erfreuten sich die Palliativpatienten einer besseren Lebensqualität - und sie lebten fast drei Monate länger, obwohl sie nur mildere und entsprechend kostengünstigere Therapien in Anspruch nahmen. Obschon Sterbende vielfach mit invasiven Behandlungen geplagt werden, ist es aus palliativmedizinischer Sicht nicht angezeigt, sich aller Massnahmen zu enthalten, sondern vor allem das Behandlungsziel anders zu definieren - und mit hartnäckigen Vorurteilen aufzuräumen.

So ist längst widerlegt, dass das Schmerzmittel Morphin Schwerkranke süchtig macht und ihren Tod beschleunigt. Morphin hilft ebenso bei Atemnot, steht seiner atemdämpfenden Wirkung wegen aber irrtümlich im Verdacht, schädlich zu sein. Weil ein Tod durch Erstickten nicht nur Kranke, sondern auch Ärzte und Pflegende erschreckt, wird gern vorschnell Sauerstoff verabreicht, obwohl eine flache Atmung in der Sterbephase normal ist und nicht auf Atemnot hindeutet. Stattdessen trocknet die Beatmung aber die Mundschleimhäute aus, was unnötigerweise Durstgefühl verursacht und eine weitere Angst, nämlich die vor dem Verdursten, befördert. Künstlich mehr Flüssigkeit zuzuführen, schafft hier keine Abhilfe, sondern schadet seinerseits: Der Körper scheidet die Flüssigkeit nicht mehr aus und lagert sie in der Lunge ein - was wiederum zu Atemnot führt.

Das sind nur einige der Tücken einer medizinischen Sterbebegleitung, auf die Borasio in seinem Buch eingeht. Sie sind vermeidbar - durch eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient (siehe Kasten). Die behandelnden Ärzte müssten aber auch um die Heilmittel der Palliativmedizin wissen. Das tun sie häufig nicht, und viele wollen es auch gar nicht. «Palliativmediziner werden von ihren Ärztekollegen oft belächelt», sagt Borasio. «Man meint, sie könnten nur Morphin geben und Händchen halten.» Palliativmedizin auf Schmerztherapie zu reduzieren, ist schlicht falsch. Sie will laut WHO bei lebensbedrohlicher Krankheit die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessern, indem sie Leiden lindert - und zwar durch die «Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur».

Weil es der Palliativmedizin nicht allein um körperliche Symptome geht, arbeiten Palliativärzte eng mit Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Krankenpflegern und Seelsorgern zusammen. Das ist einigen Medizinern suspekt, denn «die Deutungshoheit liegt nicht mehr allein beim Arzt», sagt Borasio. Vielleicht erzählt der

Patient nur dem Seelsorger, was ihn bedrückt. Dann kommt es darauf an, auf diesen zu hören und unter Umständen die Behandlung zu verändern. Dabei geht es einzig darum, dem Schwerkranken zu helfen, seine verbleibende Lebenszeit so zu gestalten, wie er es für richtig und sinnvoll hält. Und auch so zu sterben, wie es ihm entspricht. «Den guten Tod schlechthin gibt es nicht», sagt Borasio. Sterbeprozesse sind so individuell wie Lebensläufe. Wir sterben, wie wir gelebt haben. Eine Kämpfernatur wird auch am Lebensende noch kämpfen. Der Heitere bewahrt sich seine Gelassenheit bis zum Schluss. Einmal hat Borasio eine ehemalige Operndiva behandelt. Noch im Sterben inszenierte sie die Arztvisiten als kleine Aufführungen - eine ihr angemessene Vorbereitung auf den Tod. Keiner hat das schöner ausgedrückt als Rainer Maria Rilke: «O Herr, gib jedem seinen eignen Tod. / Das Sterben, das aus jenem Leben geht, / darin er Liebe hatte, Sinn und Not.»

In München, wo Borasio bis vor einem Jahr lehrte, hat er die europaweit erste Professur für Spiritual Care geschaffen - gegen den Widerstand vieler Fakultätskollegen. Allem Spirituellen haftet der Ruch des Unwissenschaftlichen an, jedoch zu Unrecht: Über spirituelle Fragen zu sprechen, ist vielen Menschen am Lebensende ein Anliegen. Sie wollen von den Ärzten nicht auf ihren kranken Körper reduziert, sondern als ganze Person wahrgenommen werden. Fühlen sie sich spirituell gut betreut, bedürfen sie weniger kostspieliger Behandlungen - die Integration nichtmedizinischer Betreuung zahlt sich in barer Münze aus.

Wegen des Unverständnisses gegenüber der Palliativmedizin fristet das Fach an den Universitäten ein Schattendasein. Borasios Lehrstuhl ist der einzige seiner Art in der Schweiz. Auch in der Ausbildung von Ärzten hapert es. Die medizinischen Fakultäten entscheiden auf Basis des «Swiss Catalogue of Learning Objectives», inwieweit Palliativmedizin im Studium unterrichtet wird. Dort taucht der Begriff gerade drei Mal auf - «viel zu wenig», meint Borasio: Die Europäische Palliativgesellschaft empfiehlt einen Anteil am Curriculum von 40 Stunden. Keine Schweizer Uni hat das verwirklicht. Einen Facharzt für Palliativmedizin wird es so bald nicht geben, denn die Schweiz führt diese Ausbildung frühestens ein, wenn fünf EU-Staaten sie haben, was zurzeit nicht der Fall ist. Auch auf eine Schwerpunktbezeichnung müssen Schweizer Ärzte verzichten, da sie an höchstens zwei Fächer gekoppelt sein darf. Das würde etwa bedeuten, dass bloss Onkologen und Anästhesisten den Schwerpunkt Palliativmedizin führen könnten, obwohl mit sterbenden Menschen praktisch alle Ärzte konfrontiert sind. So bleibt als niedrigste Stufe der Spezialisierung der Fähigkeitsausweis. Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin palliative.ch arbeitet derzeit an dessen möglicher Ausgestaltung und hofft, ihn bis 2014 zu etablieren.

So hinkt die Schweiz in der Palliativmedizin im europäischen

Vergleich hinterher. Vor zwei Jahren haben Bund und Kantone deswegen eine «Nationale Strategie Palliative Care» ins Leben gerufen und zunächst den Handlungsbedarf identifiziert. Noch ist die palliativmedizinische Versorgung kantonal sehr unterschiedlich. Die Nordost- und Westschweiz sowie das Tessin haben ein gutes Angebot, nicht so das Mittelland und die Zentralschweiz. Die Vernetzung zwischen den Kantonen sowie zwischen den Akteuren innerhalb der Kantone ist mangelhaft, es fehlen Konzepte, Gesetzesgrundlagen und qualifiziertes Personal.

Die Situation hat etwas Paradoxes: Bevölkerung und Bund wünschen einen Ausbau der Palliativmedizin, ebenso die Medizinstudenten. Doch die Universitäten und auch die Kantone setzen das Anliegen nur schleppend um. Borasio ist aber optimistisch, dass es bloss eine Frage der Zeit ist, bis die Schweiz zur europäischen Spitze aufgeschlossen hat.



**Palliativmediziner Gian Domenico Borasio im Gespräch mit einer Patientin.**



**Um Sterbenden ganzheitlich gerecht zu werden, arbeiten in der Palliativmedizin Ärzte, Psychotherapeuten und Seelsorger eng zusammen.**