

Abschied nehmen

Das Sterben ist so unterschiedlich wie das Leben. Wie Todkranke und ihre Angehörigen Unterstützung finden von Franziska Draeger

Ursula Engelhardt hatte eine Wunderlampe. Sie konnte damit jemanden rufen, der ihr einen Wunsch erfüllte: ein Stück Käsekuchen, ein gutes Buch oder eine Zigarette. Einmal trat ihr Lieblingssänger Hubert von Goisern im Fernsehen auf, um Mitternacht. Sie bediente ihre Lampe – schon wurden ihr die Kopfhörer gereicht, damit sie seinem Gesang lauschen konnte.

Wunderlampe, so nannte Ursula Engelhardt den Notfallknopf, der die Pflegekräfte im Münchener Christophorus-Hospiz alarmiert. Rund um die Uhr sind diese für die Bewohner da, um deren letzte Tage so reich wie möglich zu gestalten.

Zeit für Zuwendung

Die Pflegekräfte wechseln nicht nur die Infusion und helfen beim Waschen, sie nehmen sich auch Zeit für Gespräche. So fiel der Krankenschwester Ulrike Grambow auf, dass Ursula Engelhardt gern liest. Seitdem tauschten sie Literatur aus, Gedichte von Verlaine, Rimbaud und Baudelaire gegen Werke von Bertolt Brecht. Als Ursula Engelhardt fragte, was für ein Vogel da über die Terrasse hüpfte, brachte ihr ein Hospizhelfer ein Fernglas und ein Vogelbuch. „Ich wurde noch nie so verwöhnt“, schwärmte die 81-Jährige.

Ihr ganzes Leben hat sie sich abgerackert, ihre Kinder alleine erzogen, das Geld verdient, später ihren zweiten Mann gepflegt. Die vergangenen Jahre über litt sie an starken Schmerzen, dann erhielt sie die Diagnose Pankreaskrebs mit Metastasen, ohne Chance auf Heilung. Einige Wochen später brach sie in ihrer Wohnung zusammen, kam dem Tod sehr nahe.

Ihre Tochter Barbara Overbeck brauchte viel Durchsetzungskraft, um den Notarzt davon abzuhalten, ihre Mutter ins Krankenhaus zu bringen. Dass Engelhardt das nicht wollte, hatte sie in ihrer Patientenverfügung klar festgehalten. Schließlich ließ der Arzt sie mit einer Infusion zurück, nachdem die Tochter zugesichert hatte, sie wisse, wie man diese entfernt. Wider Erwarten überlebte Ursula Engelhardt und kam in das Hospiz, in dem sie sich kurz nach der Krebsdiagnose angemeldet hatte.

Dort bekam sie starke Schmerzmittel und fühlte sich von Tag zu Tag lebendiger. Sie hatte Glück. Einen Hausarzt, der früh ehrlich mit ihr sprach und ihr ein Hospiz empfahl. Ein freies Zimmer. Freunde und Angehörige, die sie besuchten und unterstützten.

Viele haben dieses Glück nicht. Sie sterben nachts alleine in Alten- oder Pflegeheimen, in denen das Personal so unter Stress steht, dass für Gespräche keine Zeit bleibt. „Oder in Krankenhäusern, in denen das Sterben keinen Platz hat“, sagt Grambow.

Vor ihrer Zeit im Hospiz arbeitete sie in der Intensivstation einer Klinik, „in der Sterbende kaum Beachtung fanden. Viele Ärzte dort sahen den Tod eines Patienten als Niederlage, nicht als natürlichen Prozess.“ Nicht selten wird mit kräftezehrenden Therapien versucht, das Sterben fernzuhalten, selbst wenn der Kampf schon verloren ist. Patienten und Angehörige geraten in eine Mühle, die angetrieben wird von ihrer Hoffnung. Und der Hoffnung der Ärzte.

Macht der Medizin

So erging es auch Kornelia Schmidts Vater. Er hatte einen Tumor an der Wirbelsäule, der streute. Zweimal wurde er mit Strahlen und Chemotherapie behandelt. Als ihr Vater gerade wieder gelaufen sei und Freude gezeigt habe, rief die Klinik an: Der Patient brauche eine dritte Behandlung. „Wir haben da einfach den Ärzten vertraut“, sagt die Tochter heute. „Dabei hätte man ihm die Prozedur ersparen sollen.“ Niemand habe mit ihr oder ihren Eltern darüber gesprochen, dass es nur um das hinauszögern des Todes gehe. Darüber, ob die dritte Therapie wirklich noch Sinn mache.

Als sein Magen blutete, kam der 77-Jährige ins Krankenhaus. „Da hätte er sterben können“, erinnert sich seine Tochter, Trauer in der Stimme. Sie und ihre Mutter hatten eingewilligt. Und in seiner Patientenverfügung stand auch, dass er lebensverlängernde Maßnahmen ablehne. Doch die Ärzte fragten ihn, was er wolle. „Halb im Delir hat er wohl gesagt: Wenn ich dann länger bei meiner Familie bleiben darf, machen Sie, was Sie können.“ Die Ärzte machten. Wegen der Äußerung des Patienten mussten sie das natürlich auch.

Kornelia Schmidts Vater überlebte. Sprechen aber konnte er nicht mehr, die meiste Zeit war sein Verstand getrübt, er stöhnte vor Schmerzen, die kein Medikament abstellen konnte. Ein Leben, das er für sich nie wollte. „Das war der Horror pur“, sagt Kornelia Schmid. Bald darauf starb ihr Vater, -allen Behandlungen zum Trotz.

Es ist das Dilemma der modernen Medizin. Einerseits schenkt sie Lebensjahre. „Aber sie verführt auch dazu, bis zuletzt alles zu tun, was man kann. Auch wenn es vielleicht schon nicht mehr im Sinne des Patienten ist“, sagt Dr. Berend Feddersen vom spezialisierten ambulanten Palliativ-Team des Klinikums der Uni München. Unter Palliativversorgung versteht man die medizinische und seelische Begleitung unheilbar Kranker und Sterbender.

Experte Feddersen plädiert für mehr Realismus und Ehrlichkeit in Onkologie und Intensivmedizin. „Es ist so wichtig, kurz innezuhalten und sich zu fragen: Wie sieht ein realistisches Therapieziel aus?“ Und weiter: Ist eine Heilung möglich? Gibt es eine Chance auf ein paar gute Jahre mehr? Oder geht es um zwei Monate Lebensverlängerung? Und wenn es um wenige Monate geht – was ist der Preis einer Therapie, wie schlimm sind die Nebenwirkungen voraussichtlich?

„Am Ende geht es mehr denn je um Lebensqualität“, sagt Feddersen. Zwei schmerzfreie Monate können mehr wert sein als vier mit extremer Übelkeit. In der Palliativmedizin liegt der Fokus auf den Bedürfnissen des Sterbenden und seiner Angehörigen. „Wir dürfen uns Zeit nehmen, dem Patienten zuzuhören.“ Das kommt im medizinischen Tagesgeschäft sonst manchmal zu kurz.

Lücke am Lebensende

Feddersen besucht Patienten zu Hause und versorgt sie dort medizinisch. Er und der palliativmedizinische Dienst gehen aber auch in die verschiedenen Stationen der Uniklinik. Dort versuchen sie, früh die palliative Perspektive in die Behandlung einzubringen. Lebensverlängernde Geräte werden in der Palliativmedizin zurückhaltend eingesetzt. Und doch wirkt sie anscheinend manchmal nicht nur lindernd – sondern sogar lebensverlängernd. Das zeigte 2010 eine Studie am Massachusetts General Hospital in Boston (USA) mit 150 Lungenkrebspatienten: Diejenigen, die zusätzlich palliativmedizinisch behandelt wurden, lebten im Schnitt 2,7 Monate länger als die, die bloß die übliche Therapie erhielten.

Das eigene Zuhause, Hospize oder Palliativstationen sind gute Orte, um zu sterben. Doch die wenigsten Menschen sterben bisher dort, wo sie es wollen. Nach einer Erhebung der Bertelsmann-Stiftung für den „Faktencheck Gesundheit“ 2014 wollten 76 Prozent der Deutschen am liebsten zu Hause sterben, 10 Prozent in einem Hospiz, 6 Prozent im Krankenhaus und nur 2 Prozent im Alten- oder Pflegeheim.

In der Realität verhielt es sich fast spiegelverkehrt dazu. 31 Prozent der Menschen in Deutschland starben in einem Heim, 46 Prozent in einem Krankenhaus. Nur 20 Prozent starben zu Hause und lediglich drei Prozent in einem Hospiz. Knapp 30 Prozent der Verstorbenen hatten eine palliativmedizinische Behandlung erhalten.

Wie gut jemand versorgt wird, darüber entscheiden auch der Wohnort und vor allem die Art der Erkrankung. So betreuen die spezialisierten Palliativteams in erster Linie Menschen mit Krebs. Nur 12 Prozent ihrer Patienten leiden unter anderen lebensbedrohlichen Krankheiten wie Herz-, Lungen- oder Nierenversagen sowie neurologischen Erkrankungen.

Diese Versorgungslücke soll ein neues Gesetz zumindest teilweise schließen: das Hospiz- und Palliativgesetz, das Ende 2015 verabschiedet wurde. „Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten“, steht darin. Die Begleitung am Lebensende soll zur Norm werden. Alle gesetzlich Versicherten mit einer lebensbegrenzenden, voranschreitenden Erkrankung haben Anspruch auf eine palliative Versorgung – sei es im Krankenhaus, zu Hause, in einem Heim oder Hospiz.

Das Besondere daran: Die Krankenkassen werden verpflichtet, Sterbende und ihre Angehörigen über Angebote zu beraten. „Das ist extrem wichtig“, sagt Kornelia Schmid. „Ich habe in der Zeit, als mein Vater im Sterben lag, nur funktioniert. Ich hatte gar nicht die Kraft, mich aufwendig zu informieren oder für eine bessere Versorgung meines Vaters zu kämpfen.“

Vieles wird das Gesetz positiv verändern, allein durch eine bessere Finanzierung der Versorgung am Lebensende. Ein unterer bis mittlerer dreistelliger Millionenbetrag soll nach Schätzung des Gesetzgebers zur Verfügung stehen.

Hilferuf der Heime

Jedoch bleibt ein großer blinder Fleck: die personelle Ausstattung von Pflege- und Altenheimen. Laut dem Gesetz können diese zwar nun palliative Fallbesprechungen anbieten und Bewohner bei der Planung ihres Lebensendes beraten. „Aber der Gesetzgeber sieht für diese Aufgaben im Budget nur eine Person pro 400 Bewohner vor. Wie soll das gehen?“, fragt Jürgen Spicher, Fachreferent für Hospizarbeit und Palliative Care des Caritasverbandes. „Und wenn in einem Heim nachts nur zwei Pfleger arbeiten, wer kann dann Sterbende betreuen?“ Begleitung braucht Zeit und Personal, hier müsse das Gesetz dringend nachgebessert werden. „Sonst wird es nach wie vor ein Sterben erster und zweiter Klasse geben.“

Folgende Regelung soll Ende dieses Jahres überarbeitet werden: Heimbewohner können nach derzeitiger Gesetzeslage nur im Einzelfall und nach eingehender Prüfung in ein Hospiz wechseln. Die Plätze dort stehen regulär nur Menschen zu, die aktuell gar nicht versorgt sind. Was Heimleiter natürlich bereits jetzt tun können: eng mit ambulanten Hospizdiensten, ambulanten Palliativteams und Hausärzten zusammenarbeiten.

Ursula Engelhardt hat erlebt, wie erfüllt die letzten Tage noch sein können. Nach schweren Jahren wieder schmerzfrei, schöpfte sie im Hospiz aus dem Vollen. Sie aß mittags zwei Hauptgerichte, ein süßes und ein deftiges, und nachmittags Kuchen. „Jahrelang habe ich nur Süßstoff genommen“, sagte sie. Sie nutzte ihre Zeit zum Leben. Aber auch zum Abschiednehmen.

Sie schrieb einen ganzen Stapel Dankesbriefe, an Verwandte, Freunde und an ihre Stars: an Heribert Prantl von der *Süddeutschen Zeitung* und an Hubert von Goisern. Viele Stunden verbrachte sie mit ihrer Tochter, klärte Fragen, die in ihrer Beziehung noch offen waren. Am Wochenende kamen Freunde und tranken Gin Tonic, sie diskutierten über Politik, lachten gemeinsam und erinnerten sich an helle Tage in der Toskana.

Wenn die Sonne schien, saß Ursula Engelhardt oft am „Fluss der Erinnerungen“ im Hospizgarten. Ein Weg aus Steinen, von den Angehörigen als Andenken an Verstorbene gestaltet. „Ist das nicht schön?“, fragte sie mit einem Lächeln. Das Jenseits stellte sie sich so vor: „Da stehen ein guter Freund und mein verstorbener Mann am Tor des Himmels und sagen, da bist du ja endlich. Komm rein! Ich weiß, das ist eine kindliche Fantasie. Aber genau weiß es ja sowieso niemand.“

Schönheit des Sterbens

Eine Woche nach diesem Gespräch ist Ursula Engelhardt tot. „Sie hat einfach aufgehört zu atmen“, sagt Ulrike Grambow. „Es

ist ein Geschenk, wenn man beim Sterben dabei sein darf. Das ist ein intimer Augenblick, in dem die Welt einen Moment stillsteht.“

Ursula Engelhardt wirkt klein, wie sie zwischen violetten Tulpenblättern auf dem Hospizbett liegt. Gelöst, zufrieden, ganz fern. Ihr Sohn und seine Frau sind da. „Angst vor dem Tod haben wir alle nicht“, sagt der Sohn mit brechender Stimme. „Das haben wir von ihr. Wenn nur dieses verdammte Abschiednehmen nicht wäre.“

Er hat gerade den Stein für seine Mutter gestaltet, die Farbe trocknet noch. Ein schlichter, blauer Engel mit ausladendem Rock ist darauf. Ein neuer Kiesel im Fluss der Erinnerungen.

Zitate des Hospizteams:

„Und wenn jemand morgens Sardellen und Oliven will, bekommt er das. Dann riecht es halt nach Pizza“

Ursula Grötsch-Franke, Pflegekraft im Hospiz, hat ein offenes Ohr für Extrawünsche der Gäste

„Ich muss mich nicht jeden Tag fragen, ob meine Arbeit einen Sinn hat“

Heinz Biersack arbeitet in einem Hospiz am Empfang und als ehrenamtlicher Helfer

„Das Hospiz ist für mich eine Oase des Lebens und der Zeit“

Ulrike Grambow arbeitet als Palliativpflegekraft und Köchin. Sie bereitet die Leibspeisen der Patienten zu, oft Gerichte aus deren Kindheit.