



Gesundheit

19 Von der Geburt bis zum Tod im Griff der Medizin?

Zusatzmaterialien

Livestream und Podcast: www.hr2-kultur.de

BHF  BANK STIFTUNG

Institut für
**Allgemein-
medizin**

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

*Schule &
Gesundheit*


HESSEN

Hessisches
Kultusministerium

vhs 

hr2
kultur



Die folgenden Zusatzmaterialien sind:

1. Für **interessierte Hörerinnen und Hörer** als vertiefende Informationen zu den Themen der einzelnen Sendungen.

2. Für **Multiplikatoren/Lehrkräfte**. Sie finden bei jedem Zusatzmaterial einen **Bezug zum Manuskript** und der **Zeitmarkierung** (01:20 gelesen: Start der Sequenz bei 1 Minute 20 Sekunden), damit Sie direkt zum Thema im Beitrag gelangen können. Die Zugangsdaten für die Sendemanuskripte werden den Multiplikatoren per Mail mitgeteilt.

Die Materialien wurden zusammengetragen vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Autorin dieses Zusatzangebots ist Nadine Falkenhagen.

Die Materialien wurden zum Zugriffszeitpunkt 24.03.2014 erstellt.

Übersicht

1. Reproduktionsmedizin
2. Präimplantationsdiagnostik
3. Unerfüllter Kinderwunsch
4. Schwangerschaftsvorsorge und Pränataldiagnostik
5. Geburt
6. Sterben
7. Hospizbewegung
8. Palliativmedizin
9. Interviewpartner



1. Reproduktionsmedizin

Bezug Manuskript: S. 3, 7; Bezug Audio: 1:47, 7:10

Die Reproduktionsmedizin befasst sich sowohl mit der natürlichen und assistierten Fortpflanzung als auch ihren Störungen. Als medizinisches Fachgebiet mit interdisziplinärem Charakter berührt die Reproduktionsmedizin auch andere Fachgebiete, wie beispielsweise die Andrologie (untersucht die Fortpflanzungsfunktion von Männern), Urologie, Gynäkologie, Genetik, Ethik sowie das Medizinrecht. Die Entwicklung dieses jungen Faches geht auf die Forschungen von Gynäkologen und Andrologen zurück, die das Fortpflanzungsgeschehen von Mann und Frau untersucht haben und damit den Weg für Diagnostik und Therapie der Fortpflanzung geebnet haben. Das Wort „Reproduktion“ ist dabei der „biologischen Reproduktion“ entliehen und beschreibt die Erzeugung neuer, identischer oder weitgehend ähnlicher Individuen von Lebewesen.

Die Geburt des ersten Retortenbabys 1978 in England war der Auftakt für das moderne Zeitalter der Reproduktionsmedizin. Bereits seit Mitte der 1960er Jahre wurden Versuche unternommen, eine extrakorporale (außerhalb des Körpers) Befruchtung beim Menschen herbeizuführen. Die technischen Entwicklungen der Laparoskopie (Bauchspiegelung) und Mikrochirurgie (Operationstechnik, bei der das Gewebe mit einem Mikroskop dargestellt wird) zu dieser Zeit erlaubten es erstmals, menschliche Eizellen aus dem Eierstock abzusaugen, ohne sie dabei zu zerstören. Im Jahr 1977 gelang den britischen Wissenschaftlern Robert Edwards und Patrick Steptoe dann die erste künstliche Befruchtung. So wurde Baby Louise 1978 als erstes Kind nach der sog. In-vitro-Fertilisation zur Welt gebracht. Die deutsche Reproduktionsmedizin stand zu diesem Zeitpunkt vergleichsweise noch am Anfang. Es dauerte einige Jahre, bis 1982 in der Uniklinik Erlangen auch das erste deutsche Kind nach einer künstlichen Befruchtung das Licht der Welt erblickte.

Die In-vitro-Fertilisation, sinngemäß für „Befruchtung im Reagenzglas“, ist in Deutschland zulässig, wenn bei einem Paar trotz regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr die Schwangerschaft zwei Jahre lang ausbleibt. Zu Beginn werden bei der Frau durch Behandlung mit Hormonen mehrere Eizellen zur Reifung stimuliert. Die Frau muss sich dafür über mehrere Tage mit einer Spritze dieses sog. follikelstimulierende Hormon unter die Haut spritzen. Die Spermien des Mannes werden auf Dichte/Konzentration (Anzahl), Morphologie (Form), Motilität (Beweglichkeit) und Infektionen (Bakterien) untersucht. Ab dem sechsten Tag der Hormonbehandlung werden die heranreifenden Eizellen mittels Ultraschall überwacht. Anschließend wird entschieden, wann die Eizellen entnommen werden. Die gewonnenen Eizellen werden danach mit den zuvor gewonnenen Spermien zur Befruchtung zusammengebracht. Dabei werden verschiedene Vorgehensweisen unterschieden:



- Die Eizellen werden entweder mit Spermien in einem Reagenzglas zusammengeführt und es kann eine spontane Befruchtung stattfinden.
- Eine weitere Methode ist die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Dabei wird ein einzelnes Spermium unter dem Mikroskop mit einer Pipette in die vorbereitete Eizelle eingebracht.

Im Anschluss werden die befruchteten Eizellen in einem Brutschrank kultiviert und einer Qualitätskontrolle unterzogen. Am zweiten bis fünften Tag nach der Befruchtung werden die Eizellen in die Gebärmutter eingepflanzt. 14 Tage nach der Eizellentnahme kann dann ein Schwangerschaftstest mit sicherer Aussage vorgenommen werden.

In Deutschland ist pro Befruchtungsversuch das Einpflanzen von maximal drei Eizellen zulässig. Trotzdem werden bei der künstlichen Befruchtung immer noch ein Drittel Mehrlinge, das heißt Zwillinge, Drillinge oder Vierlinge erzeugt. Das ist problematisch, denn schon Zwillinge haben ein 10-fach höheres Risiko als Frühchen geboren zu werden. Weitere Risiken sind bleibende schwere Behinderungen sowie die Gefährdung der Mutter durch Schwangerschaft und Geburt bei Mehrlingsschwangerschaften.

Neben der In-vitro-Fertilisation werden weitere Verfahren von der Reproduktionsmedizin genutzt:

- Unterdrückung von Eisprung und Samenreifung durch Hormone,
- von außen gesteuerte Reifung der Eizellen in den Eierstöcken bei Kinderwunschbehandlungen,
- genetische Untersuchung von Eizellen oder einzelnen Zellen eines Embryos zur Auswahl von entwicklungsfähigen befruchteten Eizellen für den Embryotransfer.

Quellen:

- Wikipedia „Reproduktionsmedizin“, Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Reproduktionsmedizin>
- Die menschliche Fortpflanzung im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit: Die Normalisierung der Reproduktionsmedizin seit den 1970er Jahren, Link: http://www.tg.ethz.ch/dokumente/pdf_files/OrlandREPRO.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin: Geschichte, Link: <http://www.repromedizin.de/dgrm-informationen/geschichte.html>
- Von der Kunst, Kinder zu zeugen: Kleine Geschichte der Reproduktionsmedizin, Link: <http://www1.wdr.de/fernsehen/wissen/quarks/sendungen/medizin148.html>
- Wikipedia, „In-vitro-Fertilisation, Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/In-vitro-Fertilisation>



- Bundesärztekammer: Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik, Link: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Memorandum-PID_ENDFASSUNG_71052011.pdf

2. Präimplantationsdiagnostik

Bezug Manuskript: S. 5; Bezug Audio: 3:20

Die Präimplantationsdiagnostik bezeichnet die Diagnostik an Embryonen, die durch künstliche Befruchtung entstanden sind, bevor diese in die Gebärmutter eingepflanzt werden. Diese Diagnostik bezieht sich auf die Untersuchung hinsichtlich einer Veränderung des Erbmaterials, die eine schwere Erkrankung nach sich ziehen könnte.

Nach langanhaltenden Debatten und Rechtsunsicherheit stimmte das Bundeskabinett im Februar 2013 der „Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik“ zu. Mit Hilfe dieser Verordnung werden die organisatorischen und verfahrensmäßigen Vorgaben für die Durchführung der Präimplantationsdiagnostik auf der Grundlage des Embryonenschutzgesetzes geregelt. Betroffene in Deutschland können nun eine solche Diagnostik nach einem geordneten Verfahren durchführen lassen. Die Durchführung ist dabei an sehr enge gesetzliche Vorgaben gebunden:

- Die Präimplantationsdiagnostik darf nur an Zentren durchgeführt werden, die über die nach dem gesicherten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse notwendigen diagnostischen, medizinischen und technischen Möglichkeiten verfügen und für diese Diagnostik zugelassen sind.
- Die Bundesländer müssen interdisziplinär zusammengesetzte (Mediziner, Ethiker, Jurist, Patientenvertreter) Ethikkommissionen für Präimplantationsdiagnostik einrichten. Die Entscheidungsfindung der Mitglieder dieser Ethikkommission muss unabhängig und nicht weisungsgebunden stattfinden.
- Eine Präimplantationsdiagnostik wird nur auf schriftlichen Antrag sowie nach Prüfung und Bewertung durch die Ethikkommission möglich. Der Antrag muss einen humangenetischen Befund über die genetische Disposition der Frau, des Mannes oder von beiden mit der Bezeichnung der daraus hervorgehenden Erbkrankheit sowie Angaben der Erkrankungswahrscheinlichkeit der Nachkommen ausweisen.



Quellen:

- Bundesärztekammer: Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik, Link: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Memorandum-PID_ENDFASSUNG_71052011.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit: Kabinett macht endgültig den Weg für Regelung zur Präimplantationsdiagnostik frei, Link: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013_01/130219__PID_Verordnung_im_Kabinett_01.pdf
- Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik, Link: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/PID/Verordnung-Regelung-PID_130218.pdf

3. Unerfüllter Kinderwunsch

Bezug Manuskript: S. 5, 6; Bezug Audio: 4:03, 5:50

Es gibt verschiedene Gründe für den unerfüllten Kinderwunsch. Neben genetischen und hormonellen Ursachen kann auch eine ungesunde Lebensweise einen negativen Einfluss auf die Fruchtbarkeit haben. Ebenso spielen psychische Belastungen eine Rolle. Und nicht immer ist ein eindeutiger Grund zu ermitteln.

Die Unfruchtbarkeit (Sterilität, Infertilität) beschreibt in der Biologie die Zeugungs- und Empfängnisunfähigkeit. In der Medizin gilt ein Paar nach Definition der World Health Organisation (WHO) als steril, wenn bei einem Paar trotz bestehenden Kinderwunsches nach mindestens zwei Jahren regelmäßigem Geschlechtsverkehr ohne Empfängnis verhütende Maßnahmen keine Schwangerschaft eintritt.

Die lange Zeit vertretene Auffassung, dass Unfruchtbarkeit Frauensache sei, ist unzutreffend. Die ungewollte Kinderlosigkeit ist genauso oft durch den Mann oder durch beide Partner gleichzeitig, jeweils zu einem Drittel, bedingt. Der unerfüllte Kinderwunsch kann auch gesellschaftlich bedingt sein: Das Kinderkriegen wird heutzutage zugunsten des beruflichen Werdeganges oder finanzieller Sicherheit mehr und mehr nach hinten verschoben. Die Chancen einer 35-jährigen gesunden Frau ein Kind zu bekommen, sind deutlich geringer als für eine 25-Jährige. Männer sind generell länger zeugungsfähig. Jedoch verschlechtert sich die Qualität der Spermien ab dem 30. Lebensjahr stetig.

Als Ursachen für die Unfruchtbarkeit bei Frauen dominieren hormonelle Probleme, die



Funktionsstörungen der Eierstöcke oder eine Störung der Eizellreifung nach sich ziehen. Häufige Hormonstörungen sind:

- Eine Überproduktion von männlichen Geschlechtshormonen,
- eine Überproduktion des Hormons Prolaktin sowie
- eine Schilddrüsenfehlfunktion.

Sind Eileiter geschädigt, beispielsweise durch Entzündungen, Eileiterschwangerschaften oder Operationen, oder sind sie verklebt bzw. verschlossen, ist die Schwangerschaft ebenfalls erschwert. Ebenso können sich Störungen der Gebärmutter oder des Gebärmutterhalses (Vernarbung, Infektionen, Myome) sowie Endometriose (Ansiedelung von Gebärmutterschleimhaut außerhalb der Gebärmutterhöhle) nachteilig auswirken. Auch angeborene organische Ursachen (Fehlbildungen von Scheide, Gebärmutter, Eierstöcken, Eileitern) können eine Rolle spielen bei der ungewollten Kinderlosigkeit, treten aber selten auf.

Die Zeugungsunfähigkeit beim Mann ist ursächlich auf die Produktion der Spermien zurückzuführen. Werden zu wenig gesunde, gut bewegliche Spermien produziert, ist der Mann eingeschränkt zeugungsfähig. Ursachen dafür können sein:

- Vererbung,
- Krampfader im Hodensack,
- Verletzung der Hoden (z.B. durch einen Unfall),
- Schadstoffe und Genussmittel im Übermaß (z.B. Umweltgifte, Alkohol, Nikotin),
- Störungen der Samenproduktion (z.B. durch Infektionen, Durchblutungsstörungen, Diabetes).

Auch eine Störung des Spermientransports, z.B. durch blockierte Samenleiter, Verletzungen der Samenleiter, eine angeborene Fehlbildung oder Infektionen durch sexuell übertragbare Krankheiten kann Ursprung einer Unfruchtbarkeit sein.

Aber nicht alle Ursachen für einen unerfüllten Kinderwunsch sind geschlechterspezifisch auszumachen. Die sog. immunologische Sterilität kann Mann und Frau betreffen. Dabei behandelt das Immunsystem eigene Ei- oder Spermienzellen als Fremdkörper und greift sie an. Gelegentlich bekämpft auch das Immunsystem der Frau die Spermienzelle des Mannes. Gleichwohl sollten seelische Ursachen in Betracht gezogen werden. Starker anhaltender Stress und innere Anspannung können den Hormonhaushalt aus dem Gleichgewicht bringen. Zudem verbergen sich Probleme aber möglicherweise tiefer in der Seele, z.B. in Form trauriger und belastender Ereignisse in der Vergangenheit oder eines schwelenden Konfliktes in der Partnerschaft.



Sowohl für Patienten als auch für die Medizin ist es oft schwer, eindeutige Ursachen und Zusammenhänge für ungewollte Kinderlosigkeit zu ermitteln. Darüber hinaus können die Situation an sich und die medizinischen Untersuchungen Körper und Psyche der Betroffenen belasten.

Quellen:

- Wikipedia „Unfruchtbarkeit“, Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Unfruchtbarkeit>
- Was tun bei ungewollter Kinderlosigkeit?, Link: <http://www.zeit.de/wissen/2013-04/gruende-unfruchtbarkeit>
- Wenn ein Traum nicht in Erfüllung geht – Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit, Link: <http://www.bzga.de/?uid=78a2428a705a01210e4bcea47e29d7ab&id=medien&sid=-1&idx=449>

4. Schwangerschaftsvorsorge und Pränataldiagnostik

Bezug Manuskript: S. 8, 9, 11; Bezug Audio: 8:51, 10:36, 14:26

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft helfen, die Entwicklung des Kindes und die Gesundheit der werdenden Mutter im Blick zu behalten. Wenn die Vorsorgetermine regelmäßig wahrgenommen werden, können Risiken oft frühzeitig erkannt und, wenn nötig, auch behandelt werden. Fast alle Untersuchungen können sowohl von Hebammen als auch von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden. Eine Ausnahme ist die Ultraschalluntersuchung, die eine rein ärztliche Maßnahme ist. In Deutschland hat jede Schwangere gesetzlichen Anspruch auf eine ausreichende Untersuchung und Beratung. Die Kosten dafür werden von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

In der Regel finden Vorsorgeuntersuchungen einmal im Monat und ab der 32. Schwangerschaftswoche vierzehntägig statt. In einem ersten Gespräch werden der allgemeine Gesundheitszustand und die Krankheitsvorgeschichte der werdenden Mutter erfasst. Bei jeder Untersuchung werden Blutdruck und Gewicht ermittelt, der Urin wird analysiert, die Gebärmutter erstastet sowie die Lage des Kindes und die Herztöne werden kontrolliert. Außerdem werden regelmäßige Blutuntersuchungen vorgenommen. Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge werden drei Ultraschalluntersuchungen durchgeführt (3., 6. und 8. Schwangerschaftsmonat). In Fällen von bestimmten Risiken und möglichen Komplikationen wird diese Untersuchung häufiger vorgenommen.

Im Mutterpass werden alle relevanten Informationen, die die Schwangerschaftsvorsorge



betreffen, übersichtlich dokumentiert und er dient damit der Nachvollziehbarkeit für alle Beteiligten. Die in diesem Dokument eingetragenen Daten liefern beispielsweise auch in Notfallsituationen wichtige Informationen.

Darüber hinaus können sog. IGeL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen) auf Wunsch der werdenden Mutter oder bei einem erhöhten Risiko erfolgen, beispielsweise die Untersuchung auf Schwangerschaftsdiabetes, Untersuchungen auf Mangelerscheinungen von Vitaminen und Spurenelementen und die Untersuchung auf B-Streptokokken. Diese Leistungen müssen von der Schwangeren selbst getragen werden und werden nur bei einem fundierten Verdacht auf ein individuelles Risiko von der Krankenkasse übernommen.

Die Pränataldiagnostik konzentriert sich auf die Untersuchung des ungeborenen Kindes, um fehlerhafte Erbanlagen, Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus frühzeitig zu erkennen. Sie zählt nicht zu den normalen Vorsorgeuntersuchungen. Der sog. Ersttrimester-Test wird Schwangeren in der 12. Schwangerschaftswoche angeboten. Aus den Ergebnissen einer Blut- und einer Ultraschalluntersuchung wird dabei ermittelt, ob statistisch ein erhöhtes Risiko für eine Chromosomen-Abweichung existiert. Neben dem „normalen“ Ultraschall kann im sechsten Schwangerschaftsmonat auch der sog. große Ultraschall durchgeführt werden, mit dem die Strukturen von Herz und Gehirn des Fötus sichtbar werden. Zu den invasiven Verfahren der Pränataldiagnostik zählen die Plazenta-Punktion, die Fruchtwasseruntersuchung sowie die Nabelschnur-Punktion. Auch diese Maßnahmen müssen, sofern kein Verdacht auf eine Erkrankungen des Fötus besteht, als individuelle Leistung selbst gezahlt werden.

Pränataldiagnostische Verfahren sollten jedoch hinsichtlich ihrer Chancen und Risiken abgewogen werden. Denn Testergebnisse sind oft nicht abschließend eindeutig, sodass unter Umständen nachfolgende Untersuchungen nötig sind. Ferner können Untersuchungsergebnisse oft wenige Aussagen darüber treffen, wie beeinträchtigt das Kind nach der Geburt tatsächlich sein wird. Werdende Eltern, die eine solche Diagnostik erwägen, sollten sich also über die jeweiligen Verfahren informieren und auch mögliche Folgen bedenken.

Quellen:

- Vorsorgeuntersuchungen: Sicherheit für Mutter und Kind, Link: <http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/vorsorgeuntersuchungen/vorsorge-zur-sicherheit/#c24911>
- Schwangerschaftsvorsorge: Gesetzliche Vorsorge und private Zusatzleistungen, Link: http://www.iflb.de/files/PDF/Patienten_Mutterschaftsvorsorge/ssv_broschuere_x.pdf
- Der Mutterpass, Link:



<http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/vorsorgeuntersuchungen/der-mutterpass/>

- Was ist Pränataldiagnostik?, Link:
<http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/praenataldiagnostik/was-ist-praenataldiagnostik/>

5. Geburt

Bezug Manuskript: S. 9, 10; Bezug Audio: 11:14, 13:12

In den Tagen vor der Geburt weisen mehr oder weniger deutliche Signale auf die bevorstehende Geburt hin. Zu diesen Vorboten zählen:

- Vorwehen,
- ein Tiefersinken des Bauches (dadurch wird das Atmen erleichtert, aber der Kopf des Kindes drückt vermehrt auf Harnblase und Darm),
- das Nachlassen der Bewegung des Kindes (aber kein Aufhören),
- Schlaf- und Appetitlosigkeit,
- Völlegefühl im Bereich des kleinen Beckens,
- Blasensprung,
- leicht blutiger Ausfluss durch den sich vom Muttermund lösenden Schleimpfropfen (Zeichnungsblutung).

Aber nicht alle dieser Anzeichen müssen vor Geburtsbeginn einsetzen. Bei einigen Schwangeren beginnt die Geburt auch gänzlich ohne die genannten Vorboten. In den Stunden nach dem Blasensprung setzen im Allgemeinen regelmäßige Wehen ein. Der Zeitpunkt, an dem die regelmäßigen Wehen einsetzen, gilt als eigentlicher Geburtsbeginn. Die Wehen bewirken, dass sich der Muttermund nach und nach öffnet. Sind die Wehen zu Beginn schwach und die Pausen lang, werden sie im Verlauf kräftiger und die Pausen dazwischen kürzer.

In Deutschland bringt der überwiegende Teil Frauen ihr Kind in einem Krankenhaus zur Welt. Aber daneben gibt es auch andere mögliche Geburtsorte:

- die Geburt in einem Geburtshaus oder
- die Hausgeburt.

Ist die Schwangerschaft ohne Probleme verlaufen und besteht kein absehbares Risiko für



Mutter und Kind, können werdende Mütter den Geburtsort nach ihren eigenen Bedürfnissen wählen. Bei der Wahl des Ortes sind für die meisten Schwangeren eine geschützte Atmosphäre und Sicherheit bedeutende Gesichtspunkte. Wichtig sind Ruhe, eine Atmosphäre, in der man sich wohlfühlt sowie ein einfühlsames Umfeld.

Eine Geburt ist natürlich auch immer mit Ängsten verbunden: Gelingt die natürliche Geburt komplikationslos? Welche Risiken gibt es? Was ist mit den Schmerzen? Das sind nur einige Frage, die sich viele Frauen vor der Geburt stellen. Bei einigen Frauen ist die Angst vor der Geburt so groß, dass eine natürliche Geburt für sie nicht in Frage kommt. Sie entscheiden sich für einen Kaiserschnitt (Kind wird auf operativem Weg aus der Gebärmutter der Frau geholt). War der Kaiserschnitt früher fast ausschließlich eine medizinisch notwendige Maßnahme, so wird er heutzutage oft auf Wunsch der werdenden Mutter durchgeführt (sog. Wunschkaiserschnitt). Viele Frauen trauen sich auch nicht, diese Ängste und Sorgen anzusprechen. In diesem Fall wäre es wichtig, darüber zu sprechen und herauszufinden, welche Hilfestellung eine Schwangere braucht, um die Ängste zu bewältigen. Zielführend wäre auch eine sachliche Aufklärung, über das, was der werdenden Mutter bevorsteht, ohne Risiken und Schmerzen zu beschönigen.

Quellen:

- Geburtsbeginn: Der ersehnte Moment, Link: <http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/geburt/geburtsverlauf/geburtsbeginn/>
- Wikipedia „Geburt“, Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Geburt>
- Tabuthema: Angst vor der Geburt; Link: <http://www.spiegel.de/gesundheit/schwangerschaft/angst-vor-der-geburt-gespraechе-und-offenheit-helfen-a-927145.html>
- Wo soll unser Kind zur Welt kommen?, Link: <http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/geburt/geburtsort/wahl-des-geburtsortes/>

6. Sterben

Bezug Manuskript: S. 13; Bezug Audio: 16:26

Sterben bedeutet das Erlöschen der Organfunktion eines Lebewesens, was zu seinem Tod führt. Doch was genau geschieht am Ende des Lebens? Es gibt Anzeichen für ein biologisch vorgegebenes „Programm“ des Sterbens:



- Ruhebedürfnis und Rückzug

In den letzten Tagen vor dem Tod sind die Menschen oft matt, ziehen sich mehr und mehr zurück und schlafen sehr viel. Der Körper fährt die Stoffwechselfvorgänge zurück.

- Kein Essen und Trinken

Ein sterbender Organismus ist nicht mehr auf Aufbau und Erhaltung programmiert. Deswegen verweigern die meisten Sterbenden Essen und Trinken. Vom Gehirn werden Stress-Botenstoffe ausgeschüttet, die das Hunger- und Durstgefühl abstellen.

- Kaum Ausscheidung

Magen und Darm arbeiten nicht mehr, Nieren werden nicht mehr durchblutet. Weil das Blut nicht länger durch die Nieren gereinigt wird, sammeln sich Stoffwechselgifte im Blut, die das Gehirn lähmen. Der Patient wird irgendwann bewusstlos.

- Kalte Hände und Füße

Hände und Füße werden kalt, weil sich der Blutkreislauf auf die Organe im Körperinneren (Lunge, Herz, Gehirn) reduziert. Nägel bekommen dadurch eine bläuliche Färbung, in Füßen und Unterschenkeln lagert sich Blut ab, das nicht mehr zurück zum Herz transportiert wird.

- Das „Todesdreieck“

Das Gesicht ist sehr blass, vor allem um Lippen und Nase herum. Der Patient wird unruhig, oft kann man auch fahrig Bewegungen beobachten.

- Rasselnder Atem

Die Atmung ist bei Sterbenden noch lange regelmäßig, jedoch oft mit einem Brodeln oder Rasseln verbunden. Das liegt daran, dass die Person nicht mehr husten und schlucken kann. Rachen und Bronchien füllen sich mit Schleim, der nicht mehr abtransportiert werden kann.

- Schnappatmung

Zuletzt wird die Atmung unregelmäßig. Das erkennt man daran, dass der Sterbende nach Luft schnappt. Es ist ein Zeichen dafür, dass das Herz nicht mehr richtig schlägt.

- Herzstillstand und Tod



Schließlich bleibt das Herz stehen und die Versorgung des Körpers mit Sauerstoff bricht zusammen. Nach acht bis zehn Minuten setzt auch das Gehirn aus – der Mensch ist tot.

Quellen:

- Wikipedia „Sterben“, Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Sterben>
- Biologie des Todes, Link: <http://www.daserste.de/information/wissen-kultur/w-wie-wissen/sendung/2012/sterben-102.html>

7. Hospizbewegung

Bezug Manuskript: S. 13, 15; Bezug Audio: 17:46, 20:43

Seit den 1970er Jahren gibt es eine gesellschaftliche Debatte über medizinische und ethische Handlungsweisen am Lebensende, also darüber wie der Umgang mit sterbenden Menschen gestaltet werden soll.

Der Begriff „Hospiz“ hat seinen Ursprung im lateinischen Wort „hospitium“, was für „Herberge“ steht. Die Hospizbewegung knüpft an die Tradition derjenigen Herbergen an, die seit dem Ende des 4. Jahrhunderts n. Chr. entlang der Pilgerwege entstanden und die sowohl kranken als auch gesunden Pilgern Gastfreundschaft boten. Erst im Laufe der Geschichte wurden in diesen Herbergen primär kranke Menschen gepflegt. Die moderne Hospizbewegung hat Orte ins Leben gerufen, an denen schwerstkranke und sterbende Menschen am Lebensende versorgt und begleitet werden. Übergeordnetes Ziel ist dabei, dass Patienten und Angehörige würdevoll Abschied nehmen können.

Pionierin der Hospizidee war die Britin Cicely Saunders, die 1967 das St. Christopher's Hospice in London gründete. Dieses Ereignis kennzeichnet den Beginn der modernen Hospizbewegung, die sich von England aus in vielen anderen Ländern innerhalb und außerhalb Europas ausbreitete. In den 80er Jahren wurden dann in Deutschland die ersten Hospize gegründet. Getragen wurde die moderne Hospizidee im Wesentlichen von einer Art Bürgerbewegung. Neben hauptamtlichen Vertretern engagierten sich viele Bürger für die Situation und Interessen sterbender Menschen, die damals noch tabuisiert wurden. Auch noch heute lebt die Hospizarbeit von bürgerschaftlichem Engagement. Rund 80.000 Menschen in Deutschland engagieren sich aktuell ehrenamtlich.

Doch was passiert in einem Hospiz?



Im Vordergrund steht die angemessene Betreuung und Begleitung schwerstkranker Menschen mit einer sehr begrenzten Lebenserwartung, die den körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Bedürfnissen am Lebensende umfassend Rechnung trägt und die Angehörigen und Nahestehenden einbezieht. Für die Aufnahme in einem Hospiz wird vorausgesetzt, dass eine Behandlung im Krankenhaus nicht notwendig und eine ambulante Betreuung nicht möglich ist. Hospize sind meist kleinere Einrichtungen ohne die typische Krankenhausatmosphäre und Hektik. Sie vermitteln Geborgenheit und lassen Raum für Privatsphäre. Das speziell ausgebildete Personal kümmert sich um die Bedürfnisse der Bewohner. Dazu gehören Pflegekräfte und Ärzte mit entsprechender Fortbildung, Psychologen, Seelsorger und ehrenamtliche Helfer. Die Gestaltung der verbleibenden Lebenszeit erfolgt so menschenwürdig und schön wie möglich. Für Angehörige gibt es Übernachtungsmöglichkeiten und sie können den Bewohner jederzeit besuchen.

Außerdem gibt es ambulante Hospizdienste, die sterbende Menschen und deren Angehörige zu Hause oder in Pflegeheimen betreuen. In den meisten Fällen erfolgt dies durch ehrenamtliche Mitarbeiter, die dafür speziell geschult wurden. Beschäftigt man sich mit dem Thema Sterben, so wird davon auch der Bereich der Sterbehilfe umfasst. Es lassen sich verschiedene Formen der Sterbehilfe voneinander unterscheiden:

- Aktive Sterbehilfe,
- Passive Sterbehilfe und
- Indirekte Sterbehilfe.

Aktive Sterbehilfe ist die gezielte unmittelbare Beendigung des Lebens des Patienten, mit der Absicht ihm weiteres Leiden zu ersparen. In Deutschland ist diese Form der Sterbehilfe nach Strafgesetzbuch grundsätzlich strafbar, genauso wie das Töten eines Patienten auf Verlangen. Die indirekte Sterbehilfe umfasst die Verabreichung von Schmerzmitteln, wobei eine Verkürzung des Lebens in Kauf genommen wird. Wenn das Ziel eine schmerztherapeutische Behandlung war, ist die indirekte Sterbehilfe zulässig und somit nicht strafbar. Die passive Sterbehilfe ist der Verzicht oder die Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen. Patienten, die urteilsfähig und bei Bewusstsein sind (oder von einer bevollmächtigten Person vertreten werden), können jederzeit medizinische Maßnahmen ablehnen oder abbrechen.

Quellen:

- Die Hospizbewegung, Link: http://www.dhpv.de/themen_hospizbewegung.html
- Was bedeutet Sterbehilfe?, Link: http://web.ard.de/themenwoche_2012/01.html#
- Jordan, I. (2007): Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden. Palliativversorgung und Selbstbestimmung am Lebensende. Campus Verlag: Frankfurt, New York



8. Palliativmedizin

Bezug Manuskript: S. 15, 16; Bezug Audio: 20:43, 21:33, 22:14

Die Palliativmedizin umfasst Schmerzforschung und Schmerztherapie und lehnt sich an die Hospizbewegung an. Die beiden Ansätze sind also eng miteinander verbunden.

Die WHO definiert Palliative Care als einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen, die mit lebensbedrohlichen Erkrankungen konfrontiert sind. Dies geschieht durch Prävention und Erleichterung des Leidens mit Mitteln der frühzeitigen Erkennung sowie der korrekten Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen, psychischen, psychosozialen und spirituellen Problemen. Bei der palliativen Versorgung stehen also nicht mehr die Heilung oder die Lebensverlängerung im Vordergrund. Es geht vielmehr um Schmerz- und Symptomlinderung sowie den Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität.

In der Versorgung werden die allgemeine und die spezialisierte Palliativversorgung voneinander unterschieden. Die allgemeine Palliativversorgung umfasst im Wesentlichen die kontinuierliche Betreuung durch Haus- und Fachärzte sowie Pflegedienste in Kooperation mit weiteren Berufsgruppen (Seelsorger, Sozialarbeiter, Psychologen, Therapeuten). Aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen und allgemeinen Krankenhäusern wird allgemeine Palliativversorgung geleistet. Der Großteil der sterbenden und schwerstkranken Menschen wird im Rahmen dieser allgemeinen Versorgung betreut. Stationäre Hospize, Palliativstationen in Krankenhäusern sowie die spezialisierte ambulante Palliativversorgung decken das Spektrum der spezialisierten Versorgung ab. Schätzungsweise umfasst diese Versorgungsform 10-15% der Patienten.

Quellen:

- Hospiz- und Palliativversorgung, Link: http://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html
- WHO Definition of Palliative Care, Link: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>



9. Interviewpartner

Prof. Dr. Klaus Dörner studierte Medizin, Soziologie und Geschichte und habilitierte an der Uniklinik Hamburg. Er leitete von 1980 bis 1996 die Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh. Außerdem lehrte er an der Universität Witten/Herdecke Psychiatrie.

Quellen: Wikipedia „Klaus Dörner“, Link:
http://de.wikipedia.org/wiki/Klaus_D%C3%B6rner

Dr. med. Achim von Stutterheim, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, beschäftigt sich seit 1992 mit den Verfahren der modernen Kinderwunschbehandlung. Seit 1997 ist er selbständig im Zentrum für Kinderwunschbehandlung Bremen tätig.

Quellen:

- Zentrum für Kinderwunschbehandlung Bremen, Link:
<http://www.kinderwunschbremen.de/index.php?lang=de&id=126&lang=de>

Dr. Magdalena Telus ist Sprachenwissenschaftlerin und promovierte 1999 an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2012 ist sie Polnischlektorin an der Universität des Saarlandes.

Quellen:

- Kurzbiographie Dr. phil. Magdalena Telus, Link: <http://www.uni-saarland.de/fak4/fr44/Telus.pdf>

Prof. Dr. Barbara Duden studierte Geschichte und Anglistin in Wien und Berlin. 1986 promovierte sie am Institut für Neuere Geschichte der Technischen Universität Berlin. Ihr Lehrgebiet umfasst die Themen Kultursoziologie, Gesellschafts- und Kulturhistorische Frauen- und Geschlechterforschung und Medizingeschichte.

Quellen:

- Vita, Link: <http://barbara.duden.phil.uni-hannover.de/vita/>

Prof. Dr. Beate Schücking ist Medizinerin und Gesundheitswissenschaftlerin. Bevor sie 2011 zur Rektorin der Universität Leipzig gewählt wurde, beschäftigte sie sich lange Jahre mit der Geburtshilfe und trug somit maßgeblich zur Akademisierung des Hebammenwesens bei.



Quellen:

- Wikipedia „Beate Schücking“, Link: http://de.wikipedia.org/wiki/Beate_Sch%C3%BCcking

Dr. med. Christiane König ist Gynäkologin mit eigener Praxis in Bremen.

Quellen:

- Werdegang, Link: <https://frauenaerztin-dr-koenig.de/werdegang.php>

Dr. Susan Erikson, Anthropologin, ist Professorin an der Simon Fraser Universität im kanadischen Vancouver. Momentan untersucht sie unter anderem das Hebammenwesen in Deutschland.

Quellen:

- Susan Erikson, Link: <http://www.sfu.ca/fhs/people/profiles/susan-erikson.html>

Prof. Dr. Reimer Gronemeyer ist Theologe und Soziologe. Seit 1975 ist er Professor für Soziologie an der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Alter und Geschlecht, die Soziologie der Entwicklungsländer sowie Modernisierungsprozesse religiöser und sozialer Institutionen.

Quellen:

- Forschung, Link: <http://www.uni-giessen.de/cms/fbz/fb03/institute/ifs/perso/gronemeyer/forschung>
- Vita, Link: <http://reimergronemeyer.de/vita/>

Dr. med. Marion Engler ist Anästhesistin und Palliativmedizinerin am Bremer Klinikum Links der Weser.

Quellen:

- Gesundheit Nord, Klinikverbund Bremen, Link: <http://www.gesundheitnord.de/krankenhaeuserundzentren/ldw/klinikum-bremen-ldw/palliativ/kontakt.html>