

Aus der Reihe:
Dialogversuche
Medizin und Theologie im Gespräch

Palliativmedizin

Schutzmantel für Körper und Seele

Dokumentation der Veranstaltung am 14.11. 2013

Die noch relativ junge Palliativmedizin gewinnt an Bedeutung – für die klinische und häusliche Versorgung von Patienten sowie für die Ausbildung angehender Ärzte. Für die letzte Lebensphase ist sie eine wichtige Ergänzung und Korrektur zur modernen Hochleistungsmedizin.

Mit dem Bonner Uniklinikum wird schon bald das dritte Bonner Krankenhaus über eine Palliativstation verfügen. Und auch Krankenhäuser ohne eine solche Station bieten vermehrt palliative Medizin und Pflege an.

Die Idee, den letzten Lebensabschnitt möglichst selbstbestimmt und schmerzfrei gestalten und erleben zu können, ist dabei entscheidend. Zugleich gibt es oft den tiefen Wunsch nach Fürsorge und Begleitung.

Was verbirgt sich aber hinter dem Begriff „Palliativmedizin“ im Detail? Wie sieht ihr Behandlungskonzept aus? Wie verändert sie die Medizin am Lebensende? Wie verhält sie sich zu unserem christlichen Menschenbild? Wie sieht die Praxis palliativmedizinischer Versorgung aus?

Referenten:

Prof. Dr. Lukas Radbruch, Chefarzt der Klinik für Palliativmedizin am UKB und des Palliativzentrums am Malteser Krankenhaus Bonn

Prof. Dr. Hartmut Kreß, Professor für Systematische Theologie an der Ev.-theol. Fakultät der Universität Bonn

Martina Kern, Bereichsleitung Pflege des Palliativzentrums am Malteser Krankenhaus Bonn

Herr André Wyss, Seelsorger auf der Palliativstation der Robert Janker Klinik Bonn

Einführung: Pfr. Andreas Bieneck, ev. Klinikseelsorger am UKB

Moderation: Dr. Johannes Sabel, Leiter des Katholischen Bildungswerks Bonn

Veranstalter: Katholische und evangelische Klinikseelsorge am Universitätsklinikum Bonn, Evangelisches Forum Bonn, Katholisches Bildungswerk Bonn

Gefördert durch:  STIFTUNG
Krankenhauseelsorge

Einführung von Pfarrer Andreas Bieneck, ev. Klinikpfarrer am UK Bonn

Meine sehr geehrte Damen und Herren,

Ihnen allen einen guten Abend. Im Namen der Klinikseelsorge hier am UKB, der kirchlichen Bildungswerke in Bonn und der Stiftung Krankenhausseelsorge des Ev. Kirchenkreises Bonn begrüße ich Sie ganz herzlich zu unserer heutigen Dialogveranstaltung.

Unter dem Titel: „Palliativmedizin- Schutzmantel für Körper und Seele“ beschäftigen wir uns nach längerer Zeit in unserer Reihe „Medizin und Theologie im Gespräch“ wieder mit dem Thema Palliativmedizin. Warum?

Zum einen, weil das Thema zur Zeit wieder hoch aktuell ist. Mit dem UKB wird bald das dritte Bonner Krankenhaus über eine Palliativstation verfügen. Aber auch andere Krankenhäuser unserer Stadt bieten vermehrt palliative Medizin und Pflege an. Dies ist eine große Chance für zahlreiche Patientinnen und Patienten und zugleich ein Herausforderung für die Klinikseelsorge. Denn wir sind der Ansicht, dass gerade Menschen in der letzten Lebensphase ein Anrecht darauf haben, mit ihren Glaubens- und Lebensfragen nicht allein gelassen zu werden.

Was unsere Uniklinik angeht, wurden sterbende Patienten bisher manchmal in Hospize und häufig in ihre Heimatkrankenhäuser verlegt. Mit der palliativmedizinischen Versorgung, die bereits jetzt angeboten wird, erhält unsere Klinik eine ganz wichtige Ergänzung zur hier etablierten Intensiv- und Hochleistungsmedizin. Dies wird in die Ausbildung zukünftiger Ärzte und Pflegekräfte eingehen und schafft schon jetzt ein anderes Bewusstsein in unserer Klinik. An vielen Orten ist das spürbar. Zugleich sind Palliativzentren wie Hospize Orte, die vom Engagement Ehrenamtlicher getragen werden, was wiederum in unsere Gesellschaft ausstrahlt.

Die Schmerzmedizin ist dabei nur ein Aspekt der Palliativmedizin, wenn auch ein wichtiger. Denn neben der Linderung der Schmerzen und anderer körperlicher Symptome wird der Patient auch in seinen seelischen, spirituellen und sozialen Bezügen wahrgenommen und ernst genommen. Deshalb sind die psychosoziale und seelsorgerliche Begleitung des Patienten und die Einbeziehung der Angehörigen ganz wichtige Aspekte der Behandlung.

Palliativmedizin- das Wort kommt vom lateinischen „Palliare“- mit einem Mantel bedecken, ummanteln. Als Seelsorger verbinde ich damit ein Bild: Der bedürftige und oft so widersprüchliche Mensch ist angenommen und geliebt von Gott und erfährt dies durch die Zuwendung seiner Mitmenschen. Im Gleichnis vom verlorenen Sohn wird der Rückkehrer auf Wunsch des Vaters mit einem neuen Gewand bekleidet- Zeichen der Zuwendung und Liebe: „Bringt schnell das beste Gewand her und zieht es ihm an!“ Das Ummanteln ist ein Bild für die Fürsorge Gottes, die allen Menschen gilt.

Die Schutzmantelmadonna in unserer Klinikkirche ist ein Ort, an dem Menschen Trost, Hilfe und Zuwendung suchen und hoffentlich finden. Jedenfalls sagen die Kerzen, die dort brennen und die Gebete, die dort niedergeschrieben werden, dass auch der heutige Mensch nicht nur Selbstbestimmung sucht, sondern sich zugleich nach Fürsorge und Begleitung sehnt. Im Gebet eines Unbekannten klingt das so:

„Unter deinen Mantel lege ich meinen schutzlosen Leib, meine verwundete Seele, meinen angefochtenen Geist“.

Und nun freue ich mich, Ihnen die Referenten und die Referentin des heutigen Abends vorzustellen.

Professor Hartmut Kreß, Sozialethiker an der ev.-theol. Fakultät der Uni Bonn

Professor Lukas Radbruch, Chefarzt für Palliativmedizin am UK Bonn und am Malteserkrankenhaus Bonn

Martina Kern, Leiterin des Palliativzentrums am Malteserkrankenhaus Bonn

André Wyss, Seelsorger auf der Palliativstation der Robert Janker Klinik Bonn

Moderiert wird unser Abend von Dr. Johannes Sabel, Leiter des kath. Bildungswerkes Bonn

Ihnen allen vielen Dank und herzlich willkommen!

Hartmut Kreß**Palliativmedizin – Anmerkungen aus ethischer Sicht**

Thematische Einführung, Uniklinikum Bonn, 14. November 2013

Zum Angebotsspektrum der Medizin gehört inzwischen ganz wesentlich die Palliativmedizin hinzu. Ihre Aufgabe ist die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen, bei denen Wiedergenesung, kurative Therapie, Heilung nicht mehr realistisch sind. In der Regel sind es ältere und alte Patienten, für die eine palliative Versorgung in Betracht kommt. Es darf aber nicht vergessen werden, wie wichtig es ist, gegebenenfalls auch Kinder und Heranwachsende in diesem Sinn zu begleiten.

In der Perspektive der Ethik sollen zur Palliativmedizin jetzt fünf Punkte grundsätzlicher Art angemerkt werden. Insgesamt wird deutlich werden, wie tragend dieser neue Zweig der Medizin für unsere Gesellschaft insgesamt geworden ist, sogar für Wertvorstellungen und für das Menschenbild, für das Verständnis der menschlichen Existenz. Zugleich besteht Bedarf an weiterer Diskussion und Klärung.

1. Palliativmedizin – ein Entwicklungsschub in der Bundesrepublik Deutschland

Hoher Stellenwert kommt in der Palliativmedizin der Schmerzlinderung und Schmerzbehandlung zu. Hier hat sich in der Bundesrepublik Deutschland in den zurückliegenden beiden Jahrzehnten ein Fortschritt ereignet, der eindrucksvoll ist. Noch in den 1990er-Jahren bestand in der Bundesrepublik in dieser Hinsicht Nachholbedarf; in anderen europäischen Ländern waren Palliativmedizin und Schmerztherapie weiter entwickelt und besser ausgebaut. Der Rückstand war so gravierend, dass ein höchstes Gericht, der Bundesgerichtshof, im Jahr 1996 in einem Urteil ausdrücklich darauf hinwies, Schmerztherapie sei notwendig und sie sei legitim. Der Bundesgerichtshof betonte aufgrund eines ihm vorliegenden Gutachtens, dass „die neuere Schmerzforschung zu einer Streubreite von indizierten Opiatdosen geführt habe, die vor einigen Jahren noch nicht vorstellbar gewesen seien“. Zugleich hielt der BGH fest: „die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ... ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten,

insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen“ (BGH, 3 StR 79/96, Urteil vom 15. November 1996).

Mit solchen Formulierungen gaben Bundesrichter einen Anstoß, in Deutschland bei der Schmerzbehandlung aufzuholen, den Patientenwillen zu achten und Patienten so sterben zu lassen, dass ihre Schmerzbelastung in vertretbaren Grenzen bleibt. Vor knapp 20 Jahren war die Lage in Deutschland mithin so, dass sogar ein Gericht sich veranlasst sah, den Ausbau von Schmerztherapie und Sterbebegleitung anzumahnen. Seitdem hat sich viel verändert. In der Medizin ist ein neuer menschendienlicher Akzent gesetzt worden: Palliative Medizin ergänzt die klassische Medizin, die auf Kuration, Therapie, Heilbehandlung abzielt. Dieser Entwicklungsschub ist sehr zu würdigen, selbst wenn bis heute beim flächendeckenden Ausbau der palliativen Medizin und bei der ambulanten palliativen Betreuung immer noch Nachholbedarf besteht.

2. Fortschritt an Humanität

Palliativmedizin beschränkt sich nicht nur auf die soeben erwähnte Schmerztherapie, auf die Schmerzlinderung, so unerlässlich sie ist. Es geht vielmehr um eine ganzheitliche Begleitung von Menschen. Im Jahr 1990 definierte die Weltgesundheitsorganisation das Anliegen palliativer Medizin mit den Worten: „Die aktive Gesamtbehandlung von Kranken, deren Leiden auf kurative Behandlung nicht anspricht, Kontrolle von Schmerzen, von anderen Symptomen sowie von psychischen, sozialen und spiritualen Problemen ist von entscheidender Bedeutung. Das Ziel der palliativen Behandlung ist es, die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Familien zu erreichen“. Das heißt: Im Sinn des Zitats wird neben der medizinischen Betreuung auf psychische, soziale, mitmenschliche Belange geachtet – Mitmenschlichkeit im Sinn der *caritas*, also jener Fürsorge, von der bereits der antike Philosoph Cicero gesprochen hatte und die vom Christentum übernommen wurde. Wenn ich die palliative Medizin und die Hospizbegleitung jetzt einmal zusammen betrachte, dann fällt auf, wie sehr sich ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren. In den vergangenen Jahren wurde in öffentlichen Debatten, besonders von Kirchenvertretern, unter anderem von Kardinal Ratzinger, dem zurückgetretenen Papst, immer wieder beklagt, in der westlichen Gesellschaft herrsche moralischer Niedergang, Wer-

teverfall, Werteverlust. Diese Aussage lässt sich nicht halten. Ein nachdrücklicher Beleg dafür, dass die These des Moral- und Werteverfalls nicht zutrifft, ist die Bereitschaft von Menschen aus unterschiedlichen sozialen Milieus und unterschiedlichen Altersgruppen, Sterbende zu begleiten. Dass sich in unserer Gesellschaft auch im Ehrenamt ethische Sensibilisierung und ein Zuwachs an moralisch motiviertem Engagement ereignen, tritt gerade an der Sterbebegleitung zutage.

3. Rückwirkung der Sterbegleitung auf religiöse Fragen

Um eine religiöse Fragestellung im Kontext der Palliativmedizin anzusprechen: Lange Krankheitsphasen und der Prozess des Sterbens bringen schweres Leiden mit sich. Dank fortgeschrittener Schmerztherapie lässt sich das physische Leiden, die körperliche Schmerzbelastung häufig wenigstens weitgehend lindern. Daneben ist die seelische Seite des Leidens zu sehen: bei den Patientinnen oder Patienten selbst, die – sofern sie bei Bewusstsein sind – ihren Zustand gegebenenfalls als sinnentleert, verzweifelt, hoffnungslos empfinden, und bei Angehörigen oder bei Dritten. Auf diese Weise bricht eine alte Menschheitsfrage neu auf, nämlich die Deutung des menschlichen Leidens. Tiefes, sinnwidriges, schuldloses Leiden führte schon in der Vergangenheit immer wieder dazu, an Gott zu zweifeln. Klassisch stellt sich hier das Theodizeeproblem, also die Problematik, ob Gott angesichts von Leiden tatsächlich noch vertrauenswürdig ist und ob sich ein Gottesgedanke überhaupt aufrechterhalten lässt. Hierüber wird seit der Antike nachgedacht; es sei nur an das alttestamentliche Hiobbuch erinnert. Nun haben verschiedene Religionen, unter ihnen das Christentum, zum Leiden immer wieder eine ganz bestimmte Auskunft erteilt: Krankheit und Leiden seien Ausdruck der Strafe Gottes; sie seien eine Folge der menschlichen Sünde und ließen sich auf persönliche Schuld des Menschen selbst zurückführen. Diese Aussage fand sich schon im Hiobbuch, war dort allerdings abgelehnt worden. Dennoch ist sie bis in die Gegenwart hinein immer wiederholt worden, auch in den christlichen Kirchen. Wenn wir nun aber den langen Leidensweg Schwerstkranker wahrnehmen, dann wird existentiell deutlich, wie irrig und wie belastend eine derartige Aussage ist. Leiden als Strafe Gottes: Auf diese Weise wird der kranke Mensch zusätzlich zu seiner Krankheit

noch mit einem moralischen Vorwurf belastet. In der palliativen Begleitung von Menschen können und dürfen solche Aussagen keine Rolle spielen. Im Gegenteil: Aus der palliativen Begleitung von Menschen heraus sollte nochmals zusätzlich ein Anstoß entstehen, diese religiös tradierte Auskunft – Leiden und Krankheit als Strafe – zu überwinden.

Andererseits darf menschliches Leiden auch nicht verklärt werden. Auch dies, die Überhöhung und Verklärung von Leiden, findet sich in religiösen Überlieferungen – ich denke z.B. an religiöse, einschließlich christliche, Verklärungen des Märtyrertods und leider auch an den einen oder anderen kirchlichen Text aus neuerer Zeit, der auf Leiden, Krankheit und Sterben eingeht. Darüber hinaus sollten ebenfalls Palliativmedizin und Hospizbewegung darauf achten, den letzten Lebensabschnitt nüchtern und wirklichkeitsnah darzustellen. Ich kann mich daran erinnern, wie Repräsentanten der Hospizbewegung das von ihnen begleitete Sterben als „schön“ oder als „glücklich“ beschrieben und verklärt haben. Demgegenüber sind die Grenzen zu sehen, die auch der Hospizbegleitung, der palliativen Begleitung und der Schmerztherapie gezogen sind. Wenn Fraglichkeiten und Schattenseiten der Palliativmedizin oder der Hospizbegleitung verschwiegen werden und wenn das begleitete Sterben zu harmonisch dargestellt wird, dann kann dies Enttäuschungen auslösen und die Akzeptanz von Hospiz und Palliativmedizin auf Dauer sogar beeinträchtigen.

Nochmals anders gewendet: Zum Leiden kristallisiert sich inzwischen ein Verständnis heraus – ethisch, religionsphilosophisch, theologisch –, das das humane Mit-Empfinden mit dem leidenden Menschen hervorhebt. Ihm zufolge stellt das Leiden eines Menschen für die Mitmenschen eine Aufgabe dar; Leiden fordert zur Empathie, zur Anteilnahme, zum Mitgefühl, zur caritas heraus. Eine solche Sicht ist auch religiös verankert: etwa in dem Gedanken, dass Gott in Christus mit den Menschen mitleidet, oder ganz stark in der jüdischen Mystik. In der palliativen Begleitung geht es speziell darum, Schwerstkranke und Sterbende nicht allein zu lassen. Hier greift der Ansatz, Leiden im Sinn des Mitleidens, der begleitenden Anteilnahme zu interpretieren. Zu hoffen ist, dass ein solcher humaner Ansatz der Leidensdeutung sich in unserer Gesellschaft noch breiter durchsetzt.

Damit habe ich den Stellenwert und die Bedeutung von Palliativmedizin unterstrichen, so dass ich nun in zwei Punkten zu offenen Fragen gelange.

4. Die interkulturelle Dimension palliativer Medizin

Von der Last, eventuell von langer schwerer Krankheit und einem entwürdigenden Sterbeprozess betroffen zu sein, bleibt niemand in unserer Gesellschaft verschont. Nun ist die Bevölkerung in der Bundesrepublik religiös-weltanschaulich sehr heterogen. In Deutschland sind jeweils weniger als 30 % der Bevölkerung Mitglied in der römisch-katholischen Kirche oder in einer evangelischen Kirche; die größte Teilgruppe der Bevölkerung, ca. 37 %, ist konfessionslos; ca. 4 % lassen sich im weitesten Sinn islamischen Strömungen oder Kulturen zurechnen. Nach aktuellen Zahlenangaben versterben zurzeit in Deutschland jährlich ca. 4.000 Muslime. In Zukunft wird diese Zahl ansteigen, weil der demographische Wandel ebenfalls die Bevölkerungsgruppe muslimischer Herkunft betrifft. Daher wird es wichtig werden, Palliativmedizin so zu gestalten, dass sie allen Teilen der Bevölkerung gerecht wird. Ein Aspekt hierzu: Wichtig wäre, dass das Personal in palliativen Einrichtungen bestimmte Kenntnisse anderer Kulturen, Religionen und Weltanschauungen besitzt. Zu bedenken ist auch die mitmenschliche, spirituelle Seite der palliativen Begleitung, einschließlich interkulturell und interreligiös angelegter bzw. religionsübergreifend vorgehaltener Seelsorge. Für Muslime kann es zum Beispiel hilfreich sein, einen Imam zu Rate zu ziehen, wenn über Zweifelsfragen des Lebensendes, etwa den Behandlungsabbruch, die passive Sterbehilfe zu entscheiden ist. In Großstädten wie Berlin ist für Menschen ohne Religionszugehörigkeit eine humanistische spirituelle Begleitung aufgebaut worden; flächendeckend / bundesweit ist dies noch nicht der Fall. Zum Selbstbestimmungsrecht und zur Glaubens- und Weltanschauungsfreiheit von Patienten gehört hinzu, eine spirituelle Begleitung der eigenen Wahl erbitten zu können. Der Weltärztebund hat dieses Anliegen, ein Wahlrecht auf religiöse Begleitung im Sinn des eigenen persönlichen Bekenntnisses, sogar für kranke Kinder kodifiziert (Deklaration des Weltärztebundes von Ottawa zu den Rechten des Kindes auf gesundheitliche Versorgung, 1998, Nr. 30: „Religiöser Beistand“).

Das heißt: Künftig wird es darauf ankommen, die humane und spirituelle Betreuung Sterbender so zu organisieren, dass die weltanschauliche und die religiöse Pluralität unserer Gesellschaft abgebildet und wiedergespiegelt wird. Palliative Begleitung im Kontext des heutigen Pluralismus aufzubauen – dieses Postulat wird noch stärker umzusetzen sein als bislang.

5. Zweifelsfragen in medizinischer Hinsicht

Palliative Medizin betrifft die Grenze des menschlichen Lebens, das Lebensende. Sie hat in mehrfacher Hinsicht mit Begrenzungen zu tun: Es geht erstens um die zeitliche Begrenzung, die Endlichkeit unseres Lebens. Zweitens berührt palliative Medizin die Grenzen dessen, was für ärztliches Handeln realisierbar ist. Traditionell standen in der Medizin das Heilen, die Lebensverlängerung, die Wiederherstellung der Gesundheit im Vordergrund; hieran hat sich die Medizin ebenfalls in der Gegenwart zu orientieren. Doch weil Menschen unter heutigen Bedingungen häufig langsam und qualvoll sterben, stößt die Medizin als „Heilkunst“ an Grenzen. Und die dritte Grenze, mit der die palliative Medizin zu tun hat: die Abgrenzungsprobleme beim eigenen Handeln. Ich kann die Frage jetzt nur andeuten. Es ist vor allem an die palliative bzw. an die terminale Sedierung zu denken. Wenn Linderung von Schmerzen und Leiden nicht mehr erreichbar sind, wird eine Patientin / ein Patient gegebenenfalls so tief sediert, dass sie oder er unter Ausschaltung des Bewusstseins in den Tod gleiten kann. Wie ist diese palliative Sedierung einzuordnen: als indirekte aktive Sterbehilfe, als passive Sterbehilfe oder als ärztliche Suizidbeihilfe und -begleitung? Die Grenzziehungen zwischen den einzelnen Handlungsarten verschwimmen.

Ethisch ist unerlässlich, dass eine palliative Sedierung im Sinn des Patienten und mit seinem Einverständnis erfolgt. Grundsätzlich zeigt sich hier, mit welchen Zweifelsfragen und Abgrenzungsproblemen palliative Medizin zu tun hat. Ganz entscheidend ist es, solche Grenzfragen gegenüber Patienten, Angehörigen und der Öffentlichkeit offenzulegen. Insofern ist beides zu betonen: Palliative Medizin repräsentiert eine neue Form der Medizin und bildet innermedizinisch einen Sprung, einen Entwicklungsschub, der den Gegebenheiten langwieriger, belastender Sterbeprozesse gerecht zu werden versucht. Gleichzeitig bleibt der Bedarf, die interkulturelle Dimension, d.h. die Vielfalt von sittlichen

und religiösen Überzeugungen in unserer Gesellschaft beim Umgang mit dem Lebensende in der Begleitung von Patienten und Angehörigen aufzugreifen sowie ethische und medizinische Ungewissheiten offen auszusprechen.

Verfasser:

Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik, 53113 Bonn, www.sozialethik.uni-bonn.de/kress, E-Mail: [hkress\[at\]uni-bonn.de](mailto:hkress[at]uni-bonn.de)

Palliativmedizin

Schutzmantel für Körper und Seele

Folien des Vortrags von

Prof. Dr. Lukas Radbruch, Chefarzt der Klinik für Palliativmedizin am UKB und des Palliativzentrums
am Malteserkrankenhaus Bonn und

Martina Kern, Leiterin des Palliativzentrums am Malteser Krankenhaus Bonn

Palliativmedizin - Schutzmantel für die Seele



Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Gisela

50 Jahre,
Aderhautmelanom li. Auge

Starke Schmerzen:
Bestrahlung, Opioid ↑

Entlassung nach 17 Tagen

Wiederaufnahme nach 8 Wochen

Starke Schmerzen: Opioid ↑
Fentanyl 400 µg/h,
Morphin 60 mg b.B.

Verlegung Hospiz nach 5 Tagen

Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Palliativmedizin

...ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten, deren Leiden auf kurative Behandlung nicht anspricht.

Kontrolle von Schmerzen, anderen Symptomen, sowie von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen ist von entscheidender Bedeutung.

Das Ziel der palliativen Behandlung ist es, die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Familien zu erreichen.

Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Weltgesundheitsorganisation (1990)

Palitiefstation?

Sterbestation
Schmerzstation

„Das ist wie eine Rehaklinik.“
„Dort werden sie wieder fit gemacht.“

„Wir haben einen Patienten, der stirbt – können wir den zu ihnen verlegen?“

„Sie müssen sich damit abfinden, dass sie sterben müssen, darum verlegen wir sie jetzt auf die Palliativstation.“

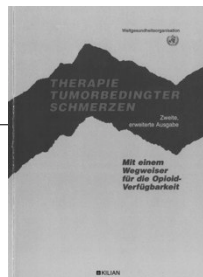
„In der Palliativmedizin geht's doch um schöner Sterben.“

Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Tumorschmerztherapie

Durch den Mund
Nach der Uhr
Auf der Leiter

Für den einzelnen Patienten



Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Ernährung

Essen = Gesundheit

Umbewertung:
Speisen haben andere Bedeutung als „Nahrung“

Geschmack und Lieblingspeise können Lebensqualität für den Pat. bedeuten



Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Teamarbeit



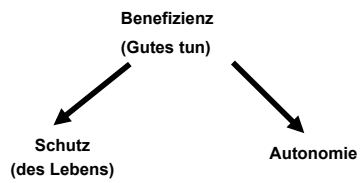
Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

LEBEN SQUALITÄT

Nicht das Sterben,
sondern die Qualität des verbleibenden Lebens
stehen im Mittelpunkt

Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

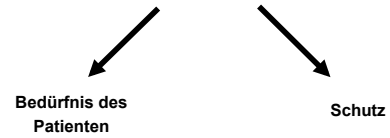
Herausforderungen



Es wird in diesem Bereich immer wieder um ein Abwägen ethischer Grundsätze gehen.
Dies kann nur in einem fortlaufenden kommunikativen Prozess aller Beteiligten geschehen.

Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Spannungsfeld



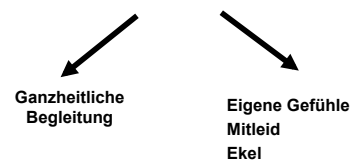
Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

10

- Der Prozess ist manchmal wichtiger als das Ergebnis

Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Spannungsfeld




Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Ekelverbote

• 1913 „...die Auffassung vertreten, dass sich die Krankenschwester vor dem Ekelhaften keinesfalls eklen dürfe“
(Overlander 1994)


• 1958 - 1970 „...die Schwester darf weder irgendwelche Zeichen von Ekel erkennen lassen, noch jemals in Gegenwart eines Kranken eine Bemerkung über den Geruch machen“

(Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und der Deutschen Schwesternschaft e.V.)

 Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Grundannahme

Die Haltung wird in dem Maße erkennbar, wie auch der Begleiter sich öffnet und selbst offenbart.

 Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

- Wounded Healer
- (Verwundete Helfer)



 Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

„Nicht müde werden, sondern dem Wunder wie einem Vogel die Hand hinhalten.“ Hilde Domin

 Universitätsklinikum Bonn
Maltzer Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Seelsorge im Bereich Palliative Care

Beitrag von André Wyss,

Seelsorger auf der Palliativstation der Robert Janker Klinik Bonn

Ich empfinde es als Privileg, im Bereich der Palliativmedizin (in meinem Falle an der MediClin Robert-Janker-Klinik in Bonn-Dottendorf) tätig sein zu dürfen, denn die Arbeitsbedingungen sind für die Seelsorge im Palliativbereich besonders günstig. Dies liegt an verschiedenen Faktoren. Zum einen sind vertrauliche und persönliche Gespräche mit den Patienten und den Angehörigen besser möglich, weil die Patienten immer einzeln liegen und es auch sonst einige Rückzugsmöglichkeiten und Gelegenheiten für Gespräche gibt. In einem Mehrbettzimmer scheuen sich die Patienten oft, über persönliche Belastungen zu sprechen, weil es an Privatsphäre fehlt. Zum andern ist die Einbindung in das Palliative Care Team im Vergleich zur Einbindung der Seelsorge in die „normalen“ Stationen viel intensiver und auch selbstverständlicher. Im palliativen Bereich kann die Seelsorge ungehindert und ohne Druck die ihr ganz eigenen Charakteristika zum Einsatz bringen, sei dies nun die Zeit und intensive Begleitung, die sie für die Patienten und Angehörige aufwendet oder die Unabhängigkeit von den stark professionalisierten und z. T. schematisierten Bereichen der Palliativversorgung.

Meine Arbeit an der Janker-Klinik gestaltet sich in einigen Aspekten anders, als die Arbeit an den großen Krankenhäusern. Ich bin mit einem Stellenumfang von 12 Stunden dreimal wöchentlich im Haus präsent. Durch die überschaubare Größe des Hauses schaffe ich es, die meisten stationären Patienten während ihres Aufenthaltes, der doch meistens mehrere Wochen dauert, zu besuchen. Ich gehe dabei von Tür zu Tür, um bei allen Patienten den Bedarf nach Seelsorge bzw. Gesprächen persönlich und möglichst unaufdringlich zu erfragen. Ich biete den Patienten kleine Schokoladenerzeugnisse an - eine Praxis, die ich auf Grund ihres großen Erfolges seit über 3 Jahren praktiziere. Da ich Schweizer bin, passt das auch und ebnet oft den Weg für Gespräche, zumal doch oft der erste Gedanke des Patienten, wenn ich das Zimmer betrete, ist, was ich wohl von ihm/ihr wolle. Wenn sich dann herausstellt, dass ich nicht etwas will, sondern etwas bringe, ist das Eis schon gebrochen und etwaige Vorurteile der Patienten lösen sich auf. In seltenen Fällen und wenn es die Umstände erlauben, kann auch das Zubereiten einer

bestimmten Mahlzeit die Lebensqualität von Patienten wesentlich erhöhen (siehe Fallbeispiel 1). Das Teilen von Lebensmitteln ist tief in der Menschheitsgeschichte verwurzelt. Dem Gast, bzw. dem Fremden etwas zu trinken oder zu essen anzubieten, ist ein Ritual der Zuwendung zum Fremden oder eben zum Kranken. Es schafft in meinem Fall den Raum für Gespräche. Dies führt mich zum zweiten Punkt, den ich hervorheben möchte. Nicht alle seelsorgerischen Gespräche müssen eine Rückführung auf Gott beinhalten. Meist betreut die kirchlich getragene Seelsorge nicht nur die Mitglieder der eigenen Kirche, sondern arbeitet konfessions- und weltanschauungsübergreifend. Oft sind nämlich die weltanschaulichen Grenzen unscharf. Die Patienten wählen sehr autonom die für sie relevanten weltanschaulichen, religiösen oder spirituellen Elemente. Dabei wird das Angebot an kirchlichen Ritualen (oft auch nur ein Gebet), nach wie vor häufig angenommen, bzw. gewünscht. Interessant ist auch zu beobachten, dass Theodizeefragen eine immer größere Rolle spielen, auch wenn Religion oft über viele Jahre gar nicht praktiziert wurde. Ein katholischer Kollege bemerkte dazu einmal, dass heute die Menschen nicht mehr so sehr das Bedürfnis danach hätten, sich vor Gott rechtfertigen sondern von der Seelsorge wissen möchten, wieso Gott ihre Krankheit zugelassen habe. Oft steht dieser Gedanke isoliert da, ohne in weitergreifende spirituelle Fragen oder Frömmigkeit eingebettet zu sein. Hier besteht die Chance für den Seelsorger, sich mit den tiefen spirituellen Anliegen der Patienten auseinanderzusetzen und dabei auch theologische Unschärfen bezüglich eines bestimmten Gottesbegriff zu identifizieren sowie mögliche Denk- und Lösungsansätze aufzuzeigen.

Nicht selten nehmen z.B. auch muslimische und atheistische Patientinnen und Patienten das Angebot der Seelsorge in Anspruch. Es gibt jedoch auch noch einen anderen Grund, wieso ich versuche, alle Patienten zu besuchen. Auf katholischer Seite wird die Seelsorge an der Janker-Klinik durch den zuständigen Ortspfarrer betreut, in dessen Aufgabenbereich neben vier städtischen Pfarreien auch ein größeres Krankenhaus fällt (inkl. Notrufbereitschaft für alle Bereiche). Auch er kommt, wenn es geht, mindestens ein Mal in der Woche, um katholische Patienten zu besuchen, die eine Betreuung durch einen katholischen Geistlichen, bzw. den Empfang der Sakramente wünschen. Eine flächendeckende und zeitintensive Gesprächsbetreuung aller Patienten durch beide Seelsorger ist aber verständlicherweise nicht möglich, weshalb im Rahmen der Palliativmedizin eine sehr

enge Kooperation zwischen der katholischen und evangelischen Klinikseelsorge in den Bereichen stattfindet, wo dies ohne die Überschreitung der respektierten ökumenischen Grenzen möglich ist. Gerade vor dem Hintergrund schwerer Erkrankung treten die verbindenden Gemeinsamkeiten zwischen den Konfessionen und Religionen von selbst stärker hervor, denn der Blick ist tendenziell viel stärker auf die Zukunft und die Transzendenz gerichtet als auf die trennenden Ereignisse der Vergangenheit. So wird also ganz praktisch Ökumene gelebt, die das Wohl des Patienten, bzw. die Nächstenliebe in den Mittelpunkt stellt.

Oft wird auch das Modell gänzlich neutraler Pastoral Care oder Spiritual Care Konzepte, wie man sie z. T. in den USA kennt, diskutiert. In der Praxis wird dies jedoch im Hospiz- und Palliativbereich bereits von den großen Kirchen entsprechend gehandhabt und abgedeckt.

Die kirchlich getragene Krankenhausseelsorge ist auch durch die staatskirchenrechtlichen Verbandlungen indirekt zu einer gewissen Neutralität verpflichtet und es ist deshalb zu Recht Usus, dass die Seelsorge weder Werturteile fällt, noch missioniert. Trotzdem ergibt es sich aus seelsorgerischen Gesprächen, dass Patientinnen und Patienten erneut den Draht zur Kirche finden. Es kommt sogar vor, dass atheistisch sozialisierte Menschen Gespräche mit der Seelsorge wünschen und auch spirituelle Begleitung (Beispiel 2). Manchmal sogar kirchliche Handlungen oder die Aufnahme in die Kirche, ohne dass dieser Wunsch auf einen etwaigen Missionseifer seitens der Seelsorge zurückzuführen ist. Der gegenseitige Respekt, die zeitintensive Zuwendung, ein Handeln mit dem rechten Augenmaß, eine fundierte Ausbildung in theologischen, ethischen und weltanschaulichen Fragen aber auch die Möglichkeit, auf professioneller Ebene Empathie zu zeigen, sind und bleiben dabei die gefragten Stärken der kirchlich getragenen Seelsorge.

Fallbeispiele:

Beispiel 1

Patientin Y.K., 38 Jahre Alt, nach 9-jähriger Krebserkrankung ist die Metastasierung derart progredient, dass sich nach einer genaueren Untersuchung eine infauste Prognose ergibt. Ich kenne die Patientin bereits von vorherigen Aufenthalten und Gesprächen. Die religiöse Sozialisierung der Patientin ist gegeben, aber nicht stark konfessionsbezogen. Die Patientin ist positiv eingestellt und hängt ihre Hoffnung an immer neue Behandlungsmethoden. Eine indirekt vom Krebs verursachte Nebenkomplikation macht die eigentlich vorgesehene weitere kurative Behandlung unmöglich. Es bedarf mehrerer Arztgespräche, um der Patientin die infauste Prognose überzeugend mitzuteilen. Die Patientin ist durch die Prognose emotional sehr belastet, da ihr dadurch jede Hoffnung genommen worden ist. Ich versuche der Patientin Trost zu spenden. Am Ende des Gespräches spreche ich auch einen Wunsch an, den die Patientin gegenüber dem Pflegepersonal geäußert hat (es gelüstet sie nach Wiener Schnitzel mit Pommes Frites) und schlage vor, das besagte Gericht in der Patientenküche der Palliativstation zuzubereiten. Die Vorfreude auf das Leibgericht und die Zuwendung wirken sich sehr positiv auf das Gemüt der Patientin aus. Nach dem erfolgreichen gemeinsamen Kochen und dem damit verbundenen seelsorgerischen Gespräch ist die Patientin emotional stabil und erfüllt sich danach auch selbst den einen oder anderen Wunsch nach einer bestimmten Mahlzeit. Eine Woche später verstirbt die Patientin nach einer sehr kurzen und gut kontrollierten Finalphase der Erkrankung.

Beispiel 2

Patientin C.B., 41 Jahre Alt. Eine akute Krebserkrankung inkl. multipler Metastasierung führen nach nur 2. Jahren zu einer infausten Prognose. Die Patientin reagiert psychisch und physisch sehr heftig auf die Mitteilung der Prognose und nimmt das Angebot des behandelnden Oberarztes an, den Seelsorger zu ihr zu schicken. Da ich sehe, dass die Patientin in einem agitierten Zustand ist, frage ich behutsam, ob ich ihr mit einem Gespräch oder einem Gebet zur Seite stehen könne. Die Patientin zögert. Ich biete ihr etwas aus meiner Schokoladendose an, was sie gerne annimmt, „für die Nerven“. Da ich die Patientin nicht belasten möchte, frage ich Sie, ob ich besser ein anderes Mal kommen solle. Sie zögert erneut und nickt dann. Als ich mich verabschiede und schon kurz vor der Tür stehe, ruft sie mich zurück und bittet mich, mit ihr zu beten. Dies tue ich dann auch in einem freien Gebet, welches dann ins Vaterunser mündet (dabei halte ich zum Gebet die Hände der Patientin). Das Gebet hat der Patientin nach eigener Aussage so gut getan (sie ist auch physisch ruhiger), dass sie mich bittet, doch bald wiederzukommen. Aus den weiteren Gesprächen ergibt sich, dass die Patientin in der ostdeutschen Heimat eigentlich atheistisch sozialisiert worden ist. Dies überrascht mich etwas, war ich doch aufgrund der Anfrage und der ersten Begegnung davon ausgegangen, dass die Patientin religiös sozialisiert ist. Nach einem kurzen Aufenthalt zuhause wird die Patientin erneut aufgenommen. Bereits beim ersten Gespräch äußert die Patientin von sich aus den Wunsch, getauft zu werden. Die Taufe findet zwei Tage später statt, da sich die Patientin in einem schlechten Zustand befindet. Kurz darauf ist die Patientin nicht mehr ansprechbar und verstirbt nach kurzer Zeit.