

ÄRZTETAG 2008



Leben bis zuletzt –

Palliativmedizin
in Sorge um den
ganzen Menschen

Dokumentation



Erzbistum
Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

Leben bis zuletzt –

Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen 4

Prof. Dr. Eberhard Klaschik

Point of no return –

Wo steht die Palliativmedizin heute? 8

Dr. Erhard Weiher

Spirituelle Begleitung –

auch in der ärztlichen Profession? 17

Biographische Hinweise zu den Referenten 31

Dokumentationen der Ärztetage 32

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat

Hauptabteilung Pastorale Dienste

Redaktion: Dr. Werner Sosna

Domplatz 3

33098 Paderborn

Leben bis zuletzt –

Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen

Eröffnungsworte

von Erzbischof Hans-Josef Becker

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Ihnen allen ein herzliches Willkommen zu unserem diesjährigen Ärztetag an vertrauter Stätte hier in der Kaiserpfalz Paderborn! Der Ärztetag ist für mich ein wichtiges Ereignis im Reigen der jährlichen Termine. Und ist es mir eine besondere Freude, dass wir uns seit nunmehr 23 Jahren zu einem solchen interdisziplinären Gespräch hier in Paderborn versammeln. Es ist alles andere als eine Selbstverständlichkeit, dass Fragen der medizinischen Ethik in dieser Weise im kirchlichen Raum erörtert werden! Dass wir dies tun, basiert auf der Verantwortung dem Menschen gegenüber: eine Verantwortung, die Ärzte und Seelsorger wohl in vergleichbarer Weise spüren, auch wenn sie dafür mit unterschiedlichen Instrumenten ausgestattet sind. Als verbindendes Element ist uns jedoch die Frage der Zuwendung gegeben, die wir in einer von Leid und Not geprägten Situation erwarten dürfen. Diese Frage bekommt dort, wo bei einem Menschen eine unheilbare Krankheit diagnostiziert und das Lebensende nüchtern in den Blick genommen werden muss, ein besonderes Gewicht.

Vor diesem Hintergrund ist unser heutiges Tagungsthema dem Zu- und Miteinander von Palliativmedizin und Seelsorge gewidmet. Die Leistungen der Palliativmedizin verdienen uneingeschränkte Anerkennung! Sie scheinen mir in besonderer Weise dort, wo in unserer Gesellschaft der Ruf nach einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe laut wird, nicht entsprechend gewürdigt oder zur Kenntnis genommen zu werden. Denn es geht um den Schutz des menschlichen Lebens bis in die Sterbestunde hinein - und hier gehört die Palliativmedizin unbezweifelbar zu den

segensreichsten Entwicklungen in der Begleitung des unheilbar kranken oder sterbenden Menschen. Ausdrücklich habe ich in meinem Hirtenbrief zur diesjährigen Fastenzeit auf den hier gemeinsam begehbaren Weg aufmerksam gemacht – ich schrieb:

„Ich begrüße [daher] alle gesellschaftlichen Bewegungen und Maßnahmen, die sich mit den Kirchen in Deutschland für eine menschenwürdige Gestaltung der letzten Lebensphase des Menschen einsetzen und ein klares Nein zur aktiven Sterbehilfe formulieren. Das christliche Leitbild heißt ‚Humane Sterbebegleitung‘ und es bedeutet, die Nähe von Menschen gegen die Vereinsamung - und die Linderung der Schmerzen gegen das Leid einzusetzen. Gerade auf dem Gebiet der Palliativmedizin können wir hier dankbar auf die großen Fortschritte der letzten Jahre verweisen – auch wenn die medizinischen Möglichkeiten leider noch nicht allen Betroffenen zugänglich sind“¹.

Ein solches Sterben und damit die bewusste Annahme dieser letzten Lebensphase zu ermöglichen – auch das ist ein notwendiger Beitrag zur ganzheitlichen Sicht des menschlichen Lebens! Es entspricht dem, was wir in christlicher Sicht unter dem Leitbegriff einer „Kultur des Lebens“ einfordern. Gegen die nach wie vor erhobene Forderung einer Legalisierung der ärztlichen Tötung auf Verlangen oder des ärztlich assistierten Suizids betonen wir ausdrücklich: Nicht der Leidende, sondern die Symptome von Leid wie Schmerz und Einsamkeit müssen beseitigt werden, um ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen! Aus der Sicht der Kirche ist es ein herausragendes Signal, dass auch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung auf diese Zielperspektive in unmissverständlicher Weise aufmerksam machen“².

Die erst im September dieses Jahres von Ärzteorganisationen und Vertretern der Hospizverbände angestoßene Entwicklung einer nationalen „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“³ ist

¹ Erzbischof Becker; Würde im Sterben. Der Schutz des menschlichen Lebens bis in die Sterbestunde; Hirtenbrief zur Fastenzeit 2008, S. 2.

² Vgl. Dokumentation der Grundsätze in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 19, vom 7. Mai 2004.

³ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen; Entwurf vom 3. September 2008 der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes und der Bundesärztekammer.

ebenfalls ein wichtiger Schritt in diesem Bereich, in dem es darum geht, in der letzten Phase des menschlichen Lebens die grundlegenden humanen Bedingungen zu sichern. Hier heißt es unter Ziffer 3 ausdrücklich: „Der Ausbau der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen hat sich an den Belangen und Bedürfnissen der zu pflegenden und zu behandelnden Menschen zu orientieren. Die Angebote zur Behandlung und Begleitung unheilbar kranker und sterbender Menschen müssen deren Würde auch am Lebensende sowie eine best mögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Unterstützung unter Einbeziehung ehrenamtlicher Begleitung gewährleisten.“⁴

Wir alle wissen, dass die Erfahrung unheilbarer Krankheit und damit verbundener Leidenssituationen nichts ist, was gleichgültig abgelegt werden kann. Denn neben den nur schwer kontrollierbaren Schmerzzuständen werden wir Zeugen hoch emotionaler, aufrüttelnder Fragestellungen, die – wenn wir ehrlich zu uns selbst sind – nicht nur auf Seiten des Patienten ihren Ort haben. Hinter dem nüchternen Wort „psychosoziale Faktoren oder Begleitumstände“ verbergen sich ja auch alle seelischen Schmerzen, sozialen Probleme und existentiellen Sinnfragen, die in solchen Lebenskrisen unmittelbar aufbrechen. Menschen, denen wir in einer solchen Grenzsituation ihres Lebens begegnen, haben den ganz eigenen Anspruch, dass wir sie auch mit diesen Ur-Bedürfnissen wahrnehmen, ernst nehmen und nicht allein lassen. In einer solchen existentiellen Begegnung sind wir selbst unvertretbar eingefordert. Das aber ist – da werden Sie mir zustimmen - wohl die schwerste aller Aufgaben, die schwierigste aller Kommunikationen. Es gibt keine Patentrezepte, wohl aber das Einvernehmen aller betreuenden Personen im Blick auf eine größtmögliche Achtsamkeit in dieser Situation.

Selbst derjenige, der sich auch nur gedanklich auf solche Situationen einlässt und in diesem Kontext vielleicht die eine oder andere reale Begegnung dazu bedenkt, wird die Brisanz und Wucht der damit einhergehenden Fragen nicht übersehen können. Wir werden unmittelbar vor die Frage nach der eigenen Spiritualität im Kontext palliativmedizinischen Handelns gestellt. Denn: „Was wollen wir denjenigen antworten, die die Frage des Warum stellen, wenn wir sie manchmal bei

⁴ Vgl. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, a.a.O., Nr. 3.

uns nicht anzudenken wagen? Und wie können wir der spirituellen Dimension der Sterbebegleitung gerecht werden, wenn wir nicht für uns selbst die Möglichkeit schaffen, unsere eigene Vorstellung vom Tod und vom Leben zu reflektieren?“⁵ Wollen wir der ganzheitlichen Dimension des menschlichen Lebens gerecht werden, müssen wir diesen Blick in den Spiegel wagen und die aufgeworfenen Fragen auch für uns selbst zu beantworten suchen. Ich halte es in diesem Zusammenhang für höchst bezeichnend, dass der Kongress der Deutschen Palliativgesellschaft im Jahre 2000 das Erlangen einer ethischen und kommunikativen Kompetenz für eine ganzheitliche palliativmedizinische Ausbildung einforderte, „insbesondere jedoch die Vermittlung einer Haltung („attitude“) gegenüber dem unheilbar kranken Menschen, die dessen körperlichen, emotionalen und existentiellen Nöten gerecht wird.“⁶

Ein solches Votum unterstreicht übrigens Papst Benedikt XVI., der erst vor wenigen Wochen an die Mediziner und Pfleger appelliert hat, unheilbar Kranke auf ihrem Leidensweg nicht allein zu lassen. Seine eindringliche Botschaft lautet: „Denn auch wenn keine Heilung mehr möglich ist, kann man noch sehr viel für den Kranken tun: Man kann seine Schmerzen lindern, man kann ihn auf seinem Weg begleiten und vor allem helfen, so weit wie möglich seine Lebensqualität zu verbessern. Daher darf nicht zu gering eingeschätzt werden, dass jeder einzelne Patient, auch der unheilbar kranke, einen unbedingten Wert hat, eine Würde, die respektiert werden muss: Das ist das unaufgebbare Fundament jedes ärztlichen Handelns.“⁷

⁵ Monika Müller, in: Zeitschrift für Palliativmedizin, Deutsche Palliativgesellschaft 30.09.2000.

⁶ M. Weber / D. Kettler, in: Zeitschrift für Palliativmedizin, Deutsche Palliativgesellschaft 30.09.2000: Palliativmedizin in der universitären Ausbildung, S. 1.

⁷ Mitteilung der KNA vom 22. 10. 2008.

Point of no return – wo steht die Palliativmedizin?

von Eberhard Klaschik

Seit den Anfängen der Medizin gehören die Linderung von Leiden und die Begleitung des Kranken zu den Aufgaben des Arztes. Mit den zunehmenden Möglichkeiten, Krankheiten heilen zu können, gerieten diese Aspekte ärztlichen Handelns in den Hintergrund. Mit der Entwicklung der Hospizidee und der Palliativmedizin wurden diese Aufgaben wieder in den Vordergrund gestellt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte ursprünglich wie folgt: „Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten, mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt“.

2002 gab die WHO eine neue Definition der Palliativmedizin heraus, um auch den Präventivgedanken in der Palliativmedizin zum Ausdruck zu bringen: „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung sowie der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.“

Die Bundesärztekammer hat 2004 die überarbeiteten „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ herausgegeben und hält in der Präambel Folgendes fest: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur

Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen. So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund.“

Während die zuerst genannte Definition und die Bundesärztekammer die palliativmedizinische Betreuung erst relativ spät im Krankheitsverlauf berücksichtigen, legt die neue Definition der WHO Wert auf den frühzeitigen, fast präventiven Einsatz der Palliativmedizin. Inzwischen wird zunehmend akzeptiert, dass sich bei Tumorpatienten antineoplastische Therapien und palliativmedizinische Strategien keineswegs widersprechen, sondern sinnvoll ergänzen können.

Wir unterscheiden vier Phasen der palliativmedizinischen Behandlung:

- Rehabilitationsphase
- Präterminalphase
- Terminalphase
- Finalphase.

In der palliativmedizinischen *Rehabilitationsphase* soll der Patient trotz Fortschreiten der Erkrankung ein normales, aktives Leben führen. Bestmögliche Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerzen, sind die Grundlagen für die Wiederherstellung bzw. langfristige Erhaltung der Mobilität der Patienten. Durch den ganzheitlichen Therapieansatz kann sich der Patient mit den durch die Erkrankung bedingten psychischen, sozialen und spirituellen Belastungen auseinandersetzen, mit dem Ziel, die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Es ist die Phase der letzten Monate, selten Jahre.

Die *Präterminalphase* ist geprägt durch deutliche Symptome der fortgeschrittenen Erkrankung. Deswegen steht die Symptomkontrolle im Vordergrund der Bemühungen. Die Möglichkeiten des aktiven Lebens werden zunehmend eingeschränkt. Die Lebensprognose liegt zwischen mehreren Wochen und einigen Monaten.

In der *Terminalphase* lebt der Patient an den Grenzen seines Lebens zum Tod. Der Patient ist überwiegend bettlägerig und nimmt Abschied. Die Überlebenszeit liegt zwischen wenigen Tagen und zwei Wochen.

Die *Finalphase* ist die eigentliche Sterbephase und bezieht sich auf die letzten Stunden und 1-2 Tage des Lebens.

Die Finalphase ist ein dynamischer Prozess, in dessen Verlauf komplexe Symptome und Probleme auftreten können. Neben der Symptomkontrolle ist menschliche Zuwendung wichtiger denn je, um dem Patienten zu zeigen, dass er auch im Sterben nicht allein gelassen wird. Bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ist es wichtig, den sogenannten „Point of no Return“ als Beginn der Sterbephase zu erkennen. Übertherapie im Sinne unnützer, vermeintlich kausaltherapeutischer Maßnahmen ist ethisch ebenso wenig vertretbar wie lebensverkürzende Maßnahmen. Die Dynamik der Symptome in der Finalphase fordert aktives, situationsgerechtes Handeln des Arztes zur bestmöglichen Leidenslinderung und mitmenschliche Begleitung.

Mögliche Anzeichen der Finalphase einer fortgeschrittenen Erkrankung sind:

- zunehmende bzw. ausgeprägte Schwäche
- überwiegende Bettlägerigkeit
- zunehmende Schläfrigkeit mit zeitweiser Desorientiertheit
- abnehmendes Interesse an der Umgebung, an Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Die Sterbephase eines Menschen kann – wenn medizinische Behandlung und Pflege angemessen sind – auch bei Patienten mit Tumorerkrankungen ruhig und friedlich verlaufen. Alle Medikamente, die in der Sterbephase für den Patienten keinen Nutzen mehr haben, wie Laxanzien, Diuretika, Katecholamine, Antibiotika, Glukokortikoide, Antidepressiva und selbstverständlich Chemotherapeutika, sollten abgesetzt werden.

Gründe für eine aktive ärztliche Behandlung sind das Auftreten neuer und/oder eine Intensitätssteigerung bisher gut behandelbarer Symptome, die eine Änderung oder Beendigung bisheriger Therapiestrategien notwendig machen. Zu diesen Symptomen gehören u.a. Schmerz, Dyspnoe, Angst, Unruhe, Halluzinationen, Agitation.

- *Schmerz*

Weil Patienten in der Finalphase meist körperlich und geistig geschwächt sind oder unter Bewusstseinstrübung leiden, ist die Erhebung der

Schmerzintensität erschwert. Wenn eine Selbsteinschätzung durch den Patienten nicht mehr möglich ist, wird eine Fremdeinschätzung notwendig. Weitergehende Diagnostik ist nur dann noch indiziert, wenn nicht klar ist, ob der Sterbeprozess begonnen hat. Änderungen der Schmerzintensität in den letzten Tagen vor dem Tod können u.a. durch Tumorprogression, Dehydratation, metabolische Veränderungen, Bettlägerigkeit, Schwierigkeiten bei der Medikamenteneinnahme, Angst vor dem Sterben und dem Tod sowie dem Verlust der körperlichen und geistigen Integrität bedingt sein. Eine Änderung der Schmerzintensität kann sowohl eine Zunahme als eine Abnahme der Schmerzen bedeuten; entsprechend ist die Analgetikadosis zu erhöhen oder zu reduzieren. Häufig ist eine Umstellung der Applikationsweise der Schmerzmittel notwendig. So erfolgt die Umstellung von oraler auf subkutane bzw. intravenöse Gabe entsprechend ihrer Äquivalenz, z.B. bei Morphin im Verhältnis 2:1 bzw. 3:1. Das heißt: 120 mg retardiertes Morphin pro Tag oral eingenommen, entsprechen 60 mg bei subkutaner bzw. 40 mg bei intravenöser Gabe über den Tag verteilt.

Analgetika sollten auch in der Finalphase nach einem festen Zeitschema gegeben werden. Die Anpassung der Therapie erfolgt gemäß einer sorgfältigen Überwachung. In jedem Fall muss eine Bedarfsmedikation zur Verfügung stehen. Nur so haben die betreuenden Personen die Möglichkeit, die Medikation situations- und zeitgerecht der Dynamik der Sterbephase des Patienten anzupassen, um eine optimale Schmerzreduktion bis hin zur Schmerzfreiheit des Sterbenden zu gewährleisten.

- *Dyspnoe*

Dyspnoe ist das subjektive Symptom der Atemnot (Lufthunger), dessen Ausmaß nur der Patient selbst beurteilen kann. Sie wird wie kein anderes Symptom vom Patienten als lebensbedrohlich empfunden. Angst, Unruhe und Panik sind häufig Folgen einer Dyspnoe.

Während in der Rehabilitationsphase neben medikamentösen Maßnahmen auch Strahlentherapie, interventionelle Radiologie, Laser- und Kryotherapie oder Punktionen von Pleuraergüssen oder Aszites als therapeutische Konsequenz in Erwägung zu ziehen sind, sind diese interventionellen Therapien in der Finalphase nicht mehr indiziert. Hier zielen die palliativmedizinischen Strategien auf die Abnahme der Atemarbeit, auf die

Beeinflussung der Wahrnehmung der Dyspnoe sowie die Reaktion auf diese Wahrnehmung.

Die Begleitung von Patienten mit Atemnot erfordert kompetente Helfer, die Ruhe ausstrahlen und Erfahrung im Umgang mit dem Symptom und den Reaktionen der Patienten besitzen. Unterbringung in einem großen Zimmer, Öffnen des Fensters, frische Luft durch einen Ventilator, Oberkörperhochlagerung und Befreien des Patienten von beengender Kleidung sind wesentliche Basismaßnahmen.

Während Bronchodilatoren bei obstruktiven Ventilationsstörungen von großem Wert sind, sind Sekretolytika nur dann indiziert, wenn die Patienten noch in der Lage sind, abzuhusten. Dies ist in der Finalphase nur selten der Fall. Deswegen ist bei sterbenden Menschen in erster Linie eine Sekrethemmung durch Applikation von Parasympatholytika indiziert. Häufig wird Patienten mit Dyspnoe die Applikation von Sauerstoff über Maske oder Nasensonde angeboten. Dyspnoe wird jedoch in erster Linie durch erhöhte Atemarbeit und erhöhten CO₂-Partialdruck im arteriellen Blut erzeugt. Sauerstoffmangel ist sehr viel seltener Ursache einer Atemnot und tritt erst auf, wenn eine ausgeprägte Hypoxämie besteht. Die Sauerstoffsubstitution beseitigt nicht die erhöhte Atemarbeit und besitzt deswegen hier nur einen Placeboeffekt. Die Sauerstoffapplikation zur Symptomkontrolle ist nur dann indiziert, wenn die Hypoxämie Ursache der Dyspnoe ist.

Morphin ist das Opioid, das am häufigsten zur Reduktion einer Atemnot eingesetzt wird. Folgende Wirkungen des Morphins erklären die Indikation:

- Morphin erhöht die Toleranz gegenüber erhöhten paCO₂ – Werten. Die Folge davon ist, dass Unruhe und Angst reduziert werden und die gesteigerte Atemarbeit abnimmt. Daraus folgen eine Reduzierung der Sauerstoffaufnahme und ein verminderter Ventilationsbedarf.
- Morphin senkt die Atemfrequenz; bleibt das Atemminutenvolumen gleich oder sinkt nur geringfügig, steigt das Atemzugvolumen an; daraus folgt, dass die alveoläre Ventilation zunimmt und die Atmung ökonomisiert wird.
- Morphin führt durch Wirkung am limbischen System zu einer Dämpfung der emotionalen Reaktion. Auch hier ist die Folge, dass durch die Reduzierung der Angst und Agitation die Atemarbeit abnimmt und dadurch die Sauerstoffaufnahme reduziert wird.

Ist die Dyspnoe mit Angst, Unruhe oder Panik verbunden, die durch Morphin alleine nicht zu therapieren sind, können zusätzlich Lorazepam oder Midazolam gegeben werden.

- *Angst, Unruhe, Halluzinationen*

Die wichtigsten Voraussetzungen, um der Angst und Unruhe sterbender Menschen begegnen zu können, sind Fürsorge, Mitmenschlichkeit und für den Sterbenden da zu sein. Es ist aber auch Fachwissen notwendig, um zu differenzieren, ob z.B. Schmerzen, Dyspnoe oder gastrointestinale Probleme die Ursache von Angst und Unruhe sind. Dann steht die Behandlung dieser Symptome im Vordergrund.

Palliative Sedierung

In der Palliativmedizin hat die gute Symptomkontrolle in jeder Phase der Betreuung eine hohe Priorität. Trotz enormer Fortschritte auf diesem Gebiet, gibt es Situationen, in denen, unter Ausschöpfung palliativmedizinischer Maßnahmen keine zufriedenstellende Symptomkontrolle zu erreichen ist. Dies betrifft am häufigsten Unruhe, Angst, Halluzinationen und Dyspnoe. Um in solchen Situationen dem Patienten unnötiges Leid zu ersparen, wurde in den letzten Jahren zunehmend über den Begriff, die Definition, ethische Legitimation, Indikation und Durchführung der palliativen Sedierung diskutiert.

Die internationale Terminologie mit Bezug auf diese therapeutische Maßnahme ist uneinheitlich; so werden Begriffe wie „terminal sedation, end-of-life sedation, total sedation, sedation in the final phase, palliative sedation therapy und sedation in end of life care“ u.a.m verwendet.

Die ethische Problematik der palliativen Sedierung wird in Deutschland auch deswegen diskutiert, weil mit Blick auf die Niederlande, dort die „terminale“ Sedierung zunehmend mit der Absicht der Lebensbeendigung durchgeführt wird, um den Vorschriften der Euthanasiegesetzgebung aus dem Weg zu gehen. In einer Stellungnahme der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) weist sie darauf hin, dass zwischen Euthanasie/ärztlich assistiertem Suizid auf der einen Seite und der palliativen oder terminalen Sedierung auf der anderen Seite deutliche Unterschiede bestehen.

Die Intention der Euthanasie ist das Töten eines Menschen durch Verabreichung einer Medikation und dem sofortigen Eintritt des Todes durch diese Substanzen. Der „Erfolg“ der Euthanasie ist der Tod dieses Menschen.

Die Intention der palliativen oder terminalen Sedierung ist die Linderung unerträglichen Leidens durch Verabreichung von Arzneimitteln zur Symptomkontrolle, ohne den Eintritt des Todes dieses Menschen zu beschleunigen. Der Erfolg der palliativen Sedierung ist die Linderung oder Beseitigung der belastenden Symptome.

Die ethische Legitimation der palliativen Sedierung ist gegeben, durch die Verpflichtung der Erleichterung unerträglich und belastend empfundener Leidenssituationen am Ende des Lebens. Durch die Möglichkeit des Missbrauchs befürchten Kritiker die sogenannte „echte terminale Sedierung“ als Alternative zur aktiven Sterbehilfe bzw. ärztlich assistiertem Suizid.

Weiterhin befürchten Kritiker durch die palliative Sedierung einen „raschen“ Abschied, so dass für Sinnfragen, menschliche Begleitung u.a.m. immer weniger Raum bleibt. Datenerhebungen in den Niederlanden bestätigen die Befürchtungen von Kritikern der terminalen Sedierung. Eine Untersuchung von van der Wal und Mitarbeitern aus dem Jahre 2003 ergab, dass terminale Sedierung ohne Intention zum vorzeitigen Ableben bei nur 34 % der Patienten angewandt wurde, bei 48% war die Beschleunigung des Ablebens ein Ziel und bei 19% sogar das ausdrückliche Ziel der terminalen Sedierung. Zum gleichen Ergebnis – nämlich die Anwendung der terminalen Sedierung mit dem Ziel der Lebensbeendigung – kam Kolschooten in seiner Untersuchung. Van Delden und Mitarbeiter kamen 2004 in ihrer Untersuchung zum Ergebnis, dass die terminale Sedierung in den Niederlanden als ein Mittel zur Umgehung der aktiven Sterbehilfe eingesetzt wird, damit so die bürokratischen Hürden zur Durchführung der aktiven Sterbehilfe umgangen werden können.

Solche Entwicklungen sollen uns dafür sensibilisieren, dass die palliative oder terminale Sedierung niemals unkritisch oder leichtfertig eingesetzt werden sollte. Gleichzeitig soll aber nochmals betont werden, dass dieses Verfahren seine ethische Legitimation erhält durch unsere Verpflichtung zu einer effektiven Leidenslinderung.

Die Durchführung der palliativen Sedierung setzt die medizinische Indikation und den „informed consent“ des Patienten – d.h. Aufklärung und Einwilligung des Patienten voraus. Darüber hinaus sollte im therapeutischen Team Einigkeit über das Vorgehen bestehen und auch die Angehörigen in den Prozess eingebunden werden, wenngleich der Wille des willensfähigen und einwilligungsfähigen Patienten bei vorliegender medizinischer Indikation entscheidend für die Durchführung der palliativen Sedierung ist.

Palliative Sedierung ist nicht gleichbedeutend mit tiefem Schlaf und/oder kontinuierlicher Durchführung bis zum Lebensende. Palliative Sedierung ist eine differenzierte therapeutische Maßnahme, bei der die Sedierung tief oder flach mit der Möglichkeit der Kommunikation, kontinuierlich oder intermittierend mit Anpassung an den Tag- und Nachtrhythmus durchgeführt wird. Eine tiefe Sedierung – die extrem selten notwendig ist – sollte grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum vorgesehen sein und die Tiefe der Sedierung immer wieder überdacht werden. Während dieser Zeit ist der Patient sorgfältig zu überwachen und Tiefe und Dauer der Sedierung sowie Dosierung der eingesetzten Arzneimittel sind zu dokumentieren.

Um die palliative Sedierung durchzuführen, können zahlreiche sedierende Substanzen zum Einsatz kommen. Am Häufigsten werden Benzodiazepine, insbesondere Midazolam verwendet, subkutan oder intravenös appliziert. Die für eine zufriedenstellende Leidenslinderung notwendige Dosierung schwankt inter- und intraindividuell sehr stark; deswegen muss für jeden Patienten die individuelle Dosis herausgefunden werden, die auch sorgfältige Beobachtung und Überwachung des Patienten notwendig macht. Die Dosis für Midazolam variiert zwischen 0,5 – 10 mg/h, intravenös gegeben.

Fazit:

Palliative Sedierung ist eine ethisch und medizinisch vertretbare Therapieoption zur Leidenslinderung am Lebensende, die

- nur im Einverständnis mit dem Patienten durchgeführt werden darf,
- bei belastenden und unzureichend behandelten Symptomen, trotz Ausschöpfung anderer palliativmedizinischer Therapieoptionen, indiziert ist,

- möglichst im Konsens mit den Angehörigen und dem Behandlungsteam erfolgen sollte,
- individuell in Tiefe und Dauer der Sedierung durchgeführt werden muss,
- eine sorgfältige Überwachung und Dokumentation notwendig macht,
- personelle Betreuung und menschliche Nähe nicht ersetzen darf.

Spirituelle Begleitung – auch in der ärztlichen Profession!?

von Erhard Weiher

1. Hinführung

Der Titel enthält ein Ausrufezeichen und ein Fragezeichen. Das Fragezeichen heißt: Ist das überhaupt eine Aufgabe, die der Arztrolle zukommt? Aber dahinter ist noch ein Fragezeichen: Wie soll das überhaupt gehen? Das Ausrufezeichen fordert ja dazu heraus, Spiritualität als Dimension der ärztlichen Begleitung zu sehen. Wie aber ist das konkret in der Arztrolle möglich?

Zunächst einmal fordert das Palliativkonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in seinen Leitlinien auch die Beachtung der spirituellen Dimension. Diese ist Teil der Palliativversorgung. Das symbolisiert das Ausrufezeichen.

Dass diese Dimension beachtet wird, scheint in der medizinischen Öffentlichkeit inzwischen – nach der Medizin der Moderne – plausibel: Die Nachmoderne denkt vieldimensional. Die Medizin der Moderne – also bis in die 80iger Jahre des letzten Jahrhunderts – war eindimensional ausgelegt: Sie hatte ausschließlich die objektivierbaren Aspekte der Krankheit im Blick. Da wurde die Frage immer drängender: Wem, welcher Sinnstruktur vertrauen die medizinisch Tätigen Sterbende *mit* ihrem Sterben an? Den *behandelbaren* Teil der Erkrankung vertrauen sie der Medizin an; aber wo bleibt der Mensch mit seinem Leiden als Leiden, mit diesem existentiellen Geschehen, das nicht behandelbar, objektivierbar, nicht wegtherapierbar ist? Diese Frage entsteht aber nicht erst beim Sterben, sie entsteht schon bei der Mitteilung einer ungünstigen Diagnose, bei chronischer Krankheit – und erst recht bei der chronischen Krankheit „Sterben“. Das Sterben ist ja inzwischen weitgehend in eine „chronische“ Krankheit verwandelt worden.

Das ist das eine Motiv für das Ausrufezeichen. Aber es gibt auch von Patientenseite her ein Motiv: Patienten, erst recht Schwerkranke, wünschen sich (meist im Geheimen), dass ihr Arzt auch irgendwie um ihre seelische Innenseite weiß. Und zugleich scheuen sie sich, von sich aus

ihre spirituelle Innenseite zu öffnen. Untersuchungen zeigen, dass sie gerne hätten, dass der Arzt die Initiative ergreift. Aber das ist ein Dilemma. Arzt und Patient kommen ja in allererster Linie auf Grund eines medizinischen Kontraktes zusammen - nicht eines kirchlichen oder religiösen Kontraktes.

Patienten kommen mit körperlichen oder psychiatrischen Beschwerden in die Arztpraxis oder ins Krankenhaus. Soll der Arzt den Patienten direkt nach seiner spirituellen Einstellung fragen? Es gibt ja eine Reihe von Vorschlägen für eine spirituelle Anamnese. So könnte die Ärztin bei der Aufnahme z.B. die Frage stellen: „In wen oder was setzen Sie Ihre Hoffnung? Welche Glaubensüberzeugungen sind Ihnen wichtig?“⁸ Ist das nicht zu direkt? Schließlich weiß der Patient, wie der Arzt mit der körperlichen Ebene umgeht. Aber das weiß er bei der spirituellen oder religiösen Dimension nicht. Wird der Arzt dann im kirchlichen Krankenhaus ihn genauso achten wie einen religiösen Patienten? Oder umgekehrt: wird er in einem säkularen Haus als religiöser Patient nicht vielleicht despektierlich behandelt? Das sind Unsicherheiten, die für den Patienten zur Unsicherheit auf Grund des Krankenhausaufenthaltes noch dazukommen können.

Zudem ist ja die Frage: Passt das überhaupt in die Rolle des Arztes – und kann man das in dieser Rolle überhaupt leisten? Vielleicht findet der Patient noch im Hospiz- oder Palliativkontext die Frage nach Spiritualität und Religion angemessen – aber in welcher Form will er das oder will er das gar nicht so explizit?

Bisher habe ich mich am Fragezeichen im Titel abgearbeitet. Im Folgenden möchte ich Zugangsmöglichkeiten zur spirituellen Dimension aufzeigen, also dem Ausrufezeichen nachgehen – aber dabei auch das Fragezeichen im Hintergrund mitlaufen lassen.

2. „Spiritualität“ – was ist das?

Spiritualität, ein Wort das gestern noch – also vor höchstens 20 Jahren – als altertümlich und verstaubt galt, ist heute in aller Munde und ein Megatrend. Ich muss gleich dazu sagen: Spiritualität ist ein sehr unscharfer

⁸ Vgl. z.B. die Anamnese-Vorschläge von Weber/Frick (2002) SPIR (S = Spiritualität/Glaube/Religion; P = Platz und Einfluss, den der Glaube auf die Krankheitsverarbeitung hat; I = Integration in eine Gemeinde/Kirche...): oder von C. Puchalski (2006) FICA (ein Akronym für F = Faith; I = Importance; C = Community)

Begriff. Es gibt eine überschaubare Anzahl von Religionen, aber fast unendlich viele Varianten von Spiritualität (ich fange gar nicht erst damit an, aufzuzählen).

2.1 Also, unscharf ist der Begriff – aber das hat einen Vorteil. Mit „Spiritualität“ ist endlich eine Dimension neu kommunizierbar, die im Medizinbetrieb der Moderne nicht mehr vorkam: nämlich der „innerste Geist“ in einem Menschen, das innerste Motiv für seinen Lebensentwurf, das wovon er inspiriert ist und woraus er seine Kraft beim Leben und beim Sterben schöpft. Das ist meine allgemeinste Definition. Es geht bei Spiritualität nicht gleich um spirituelle high lights, um peak-Erfahrungen, auch nicht gleich um die Erfahrung der Einheit mit dem Unendlichen, der Verschmelzung mit dem All–Einen oder dem Göttlichen.

Bei weitem nicht alle Menschen machen solche Einheits- und Unendlichkeitserfahrungen. Und doch haben alle Menschen eine Spiritualität, wie ich mit vielen Gewährsleuten behaupte. Kein Mensch ist nicht spirituell. Die Frage ist nur, wie wir in den medizinischen Berufen auf diese Dimension eingehen und sie ins Spiel bringen können.

Wie Spiritualität heute verstanden wird:

1. *Verwendung im Zeitgespräch:*

‚Container‘, um alles an Verbundenheitsgefühlen, Erhabenheit, Ergriffenheit, Kirche, Religion, Lebenshaltung, Transzendenz aufzunehmen. – Auch Schlagwort für „nicht-kirchlich“, „nicht-christlich“.

2. *Phänomenologisch (die allgemeinste Definition):*

Der innere Geist, aus dem heraus ein Mensch sein Leben empfindet, (evtl. bewusst) gestaltet und Leben, Krankheit und Sterben zu bewältigen versucht.

3. *Erfahrungen, die der Spannbreite angehören:*

- * sich seines höheren Selbst, seines tiefsten Wesens bewusst werden,
- * der Geist, der in den Lebensäußerungen eines Menschen als seine Grundmelodie durchschwingt,
- * jede Art von Bewusstsein, die übermaterielle Werte und Kräfte berücksichtigt

- * sich in einen (persönlich stimmigen) Welt- und Sinnzusammenhang eingebunden fühlen, der Halt, Orientierung und Hoffnung gibt,
- * sich direkt von einem höheren Sein, von Gott, von heiligen Mächten inspiriert und ergriffen fühlen.

4. *Offen und zugleich überzeugend ist folgende Definition:*

Spirituell ist jede Erfahrung, bei der Menschen sich mit dem (heiligen) Geheimnis des Lebens in Verbindung wissen.

2.2 Unterscheidungen:

Spiritualität wird oft definiert als das, was die traditionellen Religionen gerade *nicht* haben und nicht vermitteln, also alle tiefere Erfahrung *außerhalb* von Religion.

- * „Religion“ gilt als uncool, als dogmatisch, unlebendig, unemanzipiert, lebensfern.
- * „Spiritualität“ - das gilt als lebendig, erlebnisreich, kreativ, bewegend und daher bereichernd.

Aber *eine* Unterscheidung möchte ich da gleich anfügen: Spiritualität wird weithin als *religiös ungebunden* verstanden.

Sie kann aber auch gerade *religionsbezogen* sein. Wer heute in Mitteleuropa einer Religion bewusst angehört, der verbindet seine spirituellen Erwartungen und Erfahrungen natürlich mit einer strukturierten, gut ausgebauten Spiritualität. Wenn jemand in heutiger Zeit zu einer Religionsgemeinschaft gehört, dann deswegen, weil er dort seine Spiritualität vertiefen und ernähren kann. Sonst braucht man nicht mehr dazu zu gehören. Also: Religion und Spiritualität sind keine polaren Gegensätze! Und Menschen mit einer Religion wollen genauso mit dieser ihrer Spiritualität geachtet werden, wie die mit einer sehr unverbindlichen und sehr individuellen Spiritualität.

Noch eine Unterscheidung ist wichtig: Ich sagte oben: Jeder Mensch hat eine Spiritualität, also einen innersten Geist, aus dem heraus er sein Leben versteht. Spiritualität ist auch das innerste Motiv für seine sinnlichen Wahrnehmungen und seine psychischen und sozialen Empfindungen und Gestaltungen. Nur: dieser innerste Geist muss nicht ein bewusst

ausgearbeitetes System sein. Daher spreche ich von einer *expliziten* und einer *impliziten* Spiritualität.

Explizit heißt: wenn Menschen über ihren innersten Geist in Begriffen und Strukturen Auskunft geben können. Also z.B., wenn sie an Engel glauben oder bestimmte Meditationspraktiken üben oder wenn sie über ihr innerstes Erleben und Ergriffensein Auskunft geben können.

Es ist mit der Spiritualität wie mit der Sinnfrage: Jeder Mensch erfährt in irgendeiner Form „Sinn“, sonst könnte er nicht leben. Aber nicht jeder, bei weitem nicht jeder, und schon gar nicht zu jeder Zeit, wird sich über den Sinn seines Lebens explizit Gedanken machen oder ihn gar definieren können. Daher das zweite Thema:

3. Zugänge zur spirituellen Unterstützung von Patienten und Sterbenden⁹

3.1 Zunächst der *erste Grundsatz* einer Hilfe beim Sterben: Fürsorge und Begleitung sind Medien, über die der Patient und seine Angehörigen indirekt Spiritualität erfahren können. Zu dieser Fürsorge und Begleitung gehört als Medium eine gute Beziehungsaufnahme und vor allem Empathie. Das ist inzwischen Allgemeingut und in der ärztlichen Aus- und Fortbildung etabliert. Was aber hat das mit Spiritualität zu tun? Wenn ein Mensch, der durch schwere Krankheit in der Welt „heimatlos“ geworden ist, sich durch die Begegnung mit dem Helfer beheimatet fühlen kann; jemand, der sich selbst fremd geworden ist, sich wieder als Subjekt, als kompetenter Mensch erfährt, dann passiert hier Spiritualität im Medium der Begegnung. Der Kranke, der sich mit seinem vielleicht unangenehmen Geruch, mit seiner Unansehnlichkeit, mit schwierigen Gefühlen, mit der schwierigen Erfahrung „Sterben“ angenommen spürt, erfährt dann einen „guten Geist“, indem er sich über sich, über seine Situation hinaus gehoben fühlt.

Er erfährt dann, dass es über die sachliche Seite des Lebens hinaus etwas Größeres, eine tiefe Ergriffenheit, eine größere Liebe gibt, etwas, was das Normale transzendiert. Ich nenne das „Begegnungsspiritualität“. Das ist ein wichtiges Medium für Arzt und Ärztin und Pflegekraft. Hier wird Spiritualität

⁹ Vgl. zum Folgenden ausführlicher: Weier 2008

indirekt gelebt und zur Wirkung gebracht.¹⁰ Im Hinweis auf diese indirekte Haltung, die Spiritualitätserfahrung ermöglicht, erschöpfen sich die meisten Ausführungen über Spiritualität im Arztberuf. Ich komme zu einem zweiten, entscheidenden Zugang zur Spiritualität des Patienten:

3.2 Spiritualität muss nämlich auch *ausdrücklicher* ins Spiel kommen – aber nicht gleich so, dass der Patient oder Arzt über religiöse Bekenntnisse spricht. Das meiste spirituelle Verhalten und die spirituelle Kommunikation finden auch auf dieser Ebene indirekt statt, erst recht im medizinischen und pflegerischen Alltag. Aber genau das ist die Chance für die Gesundheitsberufe. Es muss niederschwellige Zugänge zur Spiritualität des Patienten geben! Das möchte ich hier skizzieren.

Ein Beispiel: Ein schwerkranker, ca. 55-jähriger Patient sagt: „Herr Doktor, dieses Frühjahr bin ich zum ersten Mal nicht in meinem Weinberg“.

Ein anderer Patient auf der Palliativstation schiebt dem Seelsorger einen Autokatalog hin und sagt: „Gucken Sie mal, das will ich mir kaufen, da kann ich mit meiner Frau noch ein bisschen rumkutschieren.“

So reden Menschen ständig. Warum sagen sie das bei uns Helfern? (Wir könnten die Beispiele beliebig fortsetzen!) Warum sagen sie das beim Arzt – oder hat der für solche „Banalitäten“ keine Zeit und daher kein Ohr?

Es gibt vier Ebenen, auf denen solche Aussagen gelesen werden können. *Ein Beispiel: „Herr Doktor, vor zwei Wochen habe ich noch in meinem Garten gearbeitet – und jetzt das!“*

1. Auf der *Sach-Ebene* könnte dies heißen:
Das ist mein Hobby, da habe ich Bewegung...
da sind jetzt die Äpfel reif...
ich habe niemanden, der nach den Tomaten sieht... .
2. Auf der *Gefühls-Ebene* könnte der Patient ausdrücken wollen:
Ich bin traurig, dass ich da jetzt nicht hin kann...,
dass ich den Herbst dort nicht erleben kann... .
Ich bin in Sorge, ob ich jemals wieder... in meinem Alter... .

¹⁰ Dieser Zugang soll hier nicht weiter vertieft werden. Zur Kommunikation im Arztberuf gibt es genügend Literatur und Trainingsmöglichkeiten.

3. Auf der *Identitäts-Ebene* könnte der Patient etwas von sich selbst sagen wollen, wie er gesehen werden will:

Sehen Sie: so jemand bin ich; das kann ich gut,
das gehört zu mir, da spüre ich mich,
da erfahre ich mich als gesund, kräftig... ,
ich kann viel arbeiten... .

4. Auf der *spirituellen Ebene* schwingen Empfindungen und Erfahrungen mit wie:

Das hat mich immer erfüllt, da erlebe ich die Schönheit der Dinge und der Schöpfung, die Ordnung des Lebens, das Werden und Vergehen, die Grenzen des Machens, dass das Leben ein Geschenk ist, Geborgenheit in Welt und Kosmos.

– Hier tritt Spiritualität in impliziter Form auf.

In den Aussagen, den gar nicht spektakulären Aussagen von Menschen, ist letztlich eine spirituelle Dimension enthalten. In der Aussage über das Wetter, den Urlaub, den Krieg, den Hund, das Bild von den Enkeln auf dem Nachttisch, dem Fernsehfilm gestern Abend.

Das ist der Normalfall, und der findet in der *Querschnittsbegegnung* statt: bei der Aufnahme, bei der Visite, beim Blutabnehmen, in der Praxis des niedergelassenen Arztes, - nicht erst in langen und tiefen Gesprächen über das Sterben oder über die Gottes- und die Weltanschauung.

In der Alltagsbegegnung senden die Patienten (und die Angehörigen!) solche Signale, Spuren zu ihrem Inneren. Wenn dann der Arzt sagt: *Jetzt machen Sie sich mal keine Gedanken über Ihren Garten, jetzt geht es erst einmal darum, dass Sie wieder gesund werden*, - dann macht er dieses indirekte Fenster zur Spiritualität, das der Patient gerade öffnen wollte, wieder zu.

Wichtig ist: Die Spiritualität wartet nicht, bis die Seelsorge oder der Religionsvertreter vorbeikommt. In impliziter Form wird sie auch von Menschen anderer Kulturen und fremder Religionen geäußert. Es geht bei weitem nicht sofort um Religion, auch bei religiösen Menschen nicht. Und dennoch wollen Patienten mit ihren Symbolen, in denen ihre Spiritualität implizit enthalten ist, respektiert werden. Übrigens: auch katholische Patienten wollen nicht sofort auf ihren Glauben oder auf religiöse Begriffe

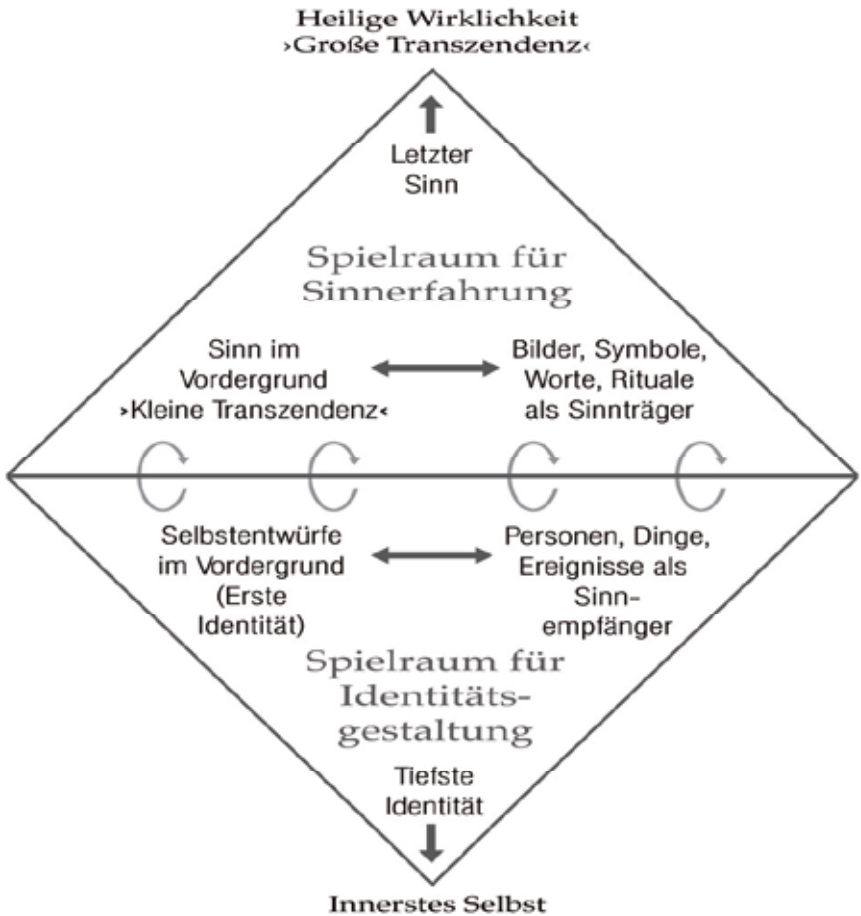
angesprochen werden, sondern über das Medium der symbolischen Kommunikation. Seelsorge vertieft die Inhalte später, die muss der Arzt nicht explizit vertiefen.

Wenn der 35-jährige Patient mit Bauchspeicheldrüsenkrebs sagt: „*Gucken Sie mal, meine Beine sind ja nur noch Schaschlikstäbchen*“, dann kann der Arzt, die Pflegekraft, der Sozialarbeiter nicht ausweichen: Hier geht es um Existenz und um Spiritualität. Hier wird Spiritualität im Medium der existenziellen Sprache geäußert und wartet auf Resonanz durch den Professionellen. Hier findet spirituelle Kommunikation statt – oder auch nicht. Aber wie gesagt: Das ist Spiritualität in impliziter Form.

Hier will der Patient mit seinem „innersten Geist“ verstanden und respektiert und gewürdigt werden. Hier geht es letztlich um sein Heiligstes, das er uns in symbolischer Form anvertraut. Auch wenn es sich noch so nebensächlich anhört: Warum sonst sagt er das bei uns Helfern? Darin sind Hinweise auf sein spirituelles Potential, nicht sofort seine ganze Spiritualität. Aber im Symbol ist das Ganze. Die Ressource „Spiritualität“ ist also bereits im Patienten. In seinen symbolischen Aussagen sind seine Ressourcen deponiert. In der Resonanz des Arztes werden sie wacher, die Leitung wird frei geschaltet, der Zugang zur tieferen Quelle geöffnet. Und wenn der Patient sich mit seinen Identitäts- und Spiritualitätssymbolen verstanden fühlt, hat er durch die Begegnung mit dem Helfer mehr Bedeutung als vorher. Er ist nach der Begegnung „größer“ als vorher, bedeutungsvoller, kompetenter, er wird mehr Subjekt seines Krankheits- und vielleicht Sterbeprozesses, weil seine Identität und die darin implizierte Spiritualität gestärkt worden ist. Wie gesagt, das ist ein *niederschwelliger* Weg, Patienten auch spirituell zu unterstützen. Wenn der Patient erlebt, dass der Arzt sorgfältig, verständnisvoll und wertschätzend damit umgeht, kann er weiter gehen, sich öffnen und eventuell eine spirituell direkte Kommunikation beginnen.

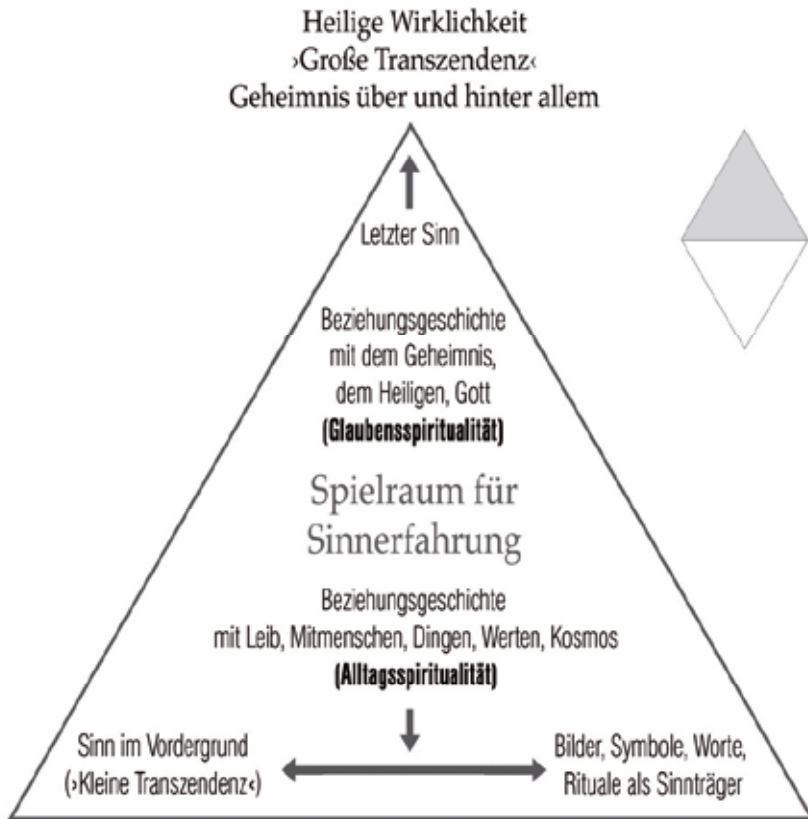
3.3 Übriges: Über diese symbolische Kommunikation läuft auch die *Begleitung der „Sinnfrage“*. Die Sinnfrage wird ja oft erst relevant in Krisen. Vorher, wenn das Leben normal verläuft, braucht man auch nicht die Sinnfrage zu stellen. Der Sinn des Lebens erfüllt sich ja im Normalen und in der Lebensgestaltung. Er wird selten explizit zu ergründen gesucht. Implizit läuft die Sinnfrage über die Identitätsmomente der Menschen. Dort

stecken sie ihren Lebens- und Sinnentwurf hinein: in den Weinberg, das Auto, den Garten, die Familie usw.



Sinn und Identitätserfahrung sind also aneinander gekoppelt. Das wollen die runden Pfeile in der Mitte der Zeichnung andeuten.

3.4 Hier lässt sich jetzt auch *Spiritualität* etwas *spezifischer* für die ärztlichen, pflegenden und therapeutischen Berufe definieren:



- * Es gibt eine *Alltagsspiritualität*, die kommt zum Tragen im Feld der beruflichen Begegnung mit dem Arzt. „Alltagsspiritualität“ bedeutet: Wenn Menschen sich über ihre Identitätssymbole mit dem „Geheimnis des Lebens“ in Verbindung wissen.
- * Und es gibt eine *Glaubensspiritualität*. Diese ist das ausdrückliche Arbeitsfeld der Seelsorger, sie kommt im ärztlichen Berufsalltag eher selten zur Sprache.

Auch Seelsorger und Religionsvertreter verständigen sich über Spiritualität und Religion zunächst in der *Eigensprache* des Patienten und der Angehörigen (also nicht gleich in der Spezialsprache eines religiösen Systems). Für Ärzte und andere Professionen ist das in ihrer Rolle eine „Fremdsprache“. Aber über die symbolischen Äußerungen des Patienten kommen sie mit dessen Eigensprache in Kontakt. Darüber will er akzeptiert und gewürdigt sein. Zunächst genügt Empathie für die spirituelle Innenseite, das braucht keine eigene Arbeit, kein vertieftes Ergründen, keine spezifischen Kenntnisse einer dem Helfer fremden Religion. Und die symbolisch geäußerten Identitätssymbole würdigen – das geschieht in *Kurzzeitform*.

3.5 Die einzelnen Berufe müssen sich klarmachen, dass Spiritualität einer „*Felddynamik*“ unterliegt. D.h. im Patienten wird bezüglich der Spiritualität im Feld des Arztes, der Pflege oder des Psychologen jeweils eine andere Dynamik erzeugt als im Feld der Seelsorge oder des Religionsbeauftragten. Der Patient erwartet in der Regel vom Arzt keine explizit religiösen Weisheiten und keine weltanschaulichen Bekenntnisse. Im Vordergrund steht ja in der Regel die Fach-Dynamik der Medizin, der Pflege, der Psychologie usw. Die Spiritualität bleibt eher im Hintergrund und wird eher über die symbolische Kommunikation und die empathische Zuwendung ins Spiel gebracht. Sie wird eher in Form der Alltagsspiritualität auftreten und will darin gewürdigt werden. Bei der Seelsorge kommt sie eher in den Vordergrund – das entspricht der seelsorglichen Felddynamik.

4. Umgang mit ausdrücklich religiösen Fragen

Wie aber ist es, wenn Patienten explizit religiöse Fragen stellen oder der Arzt einem Patienten spirituellen Trost zusagen will? Sie kennen sicher alle wenigstens ein Beispiel dafür, dass ein Patient auf Glaubensthemen zu sprechen kommen wollte und vom Arzt, der Ärztin eine Antwort erwartet hat.

Aber auch da wird es in der Regel nicht zuerst darum gehen, gleich eine passende theologische Antwort zu suchen. Zuerst geht es darum, was der Patient selbst zu seiner Frage denkt, es geht um seine eigenen Antwortversuche. Die sind zunächst zu begleiten und zu moderieren.

Also bei der Aussage: „Dieser Krebs ist sicher eine Strafe Gottes.“ - da sollte der Arzt nicht sofort ein Gegenprogramm entwerfen: Gott liebt Sie doch. Er will Sie doch nicht strafen! Sondern: „Wie kommen Sie dazu, so zu denken?“ Oder: „Was denken Sie, wofür Sie bestraft werden sollten?“ Und erst wenn der Arzt die Deutungen des Patienten gehört hat und in die Biographie des Patienten hineingehört hat, kann er entscheiden, ob es sich hier um eine Art religiösen oder psychologischen Fundamentalismus handelt oder ob in der Biographie des Patienten etwas angeschaut werden will. Erst dann, (wenn das dann noch nötig ist,) kann der Arzt sagen: „Für diese Krankheit gibt es viele Ursachen. Diesen Tumor bekommen auch Menschen, die keine Strafe verdient haben.“ Das wäre eine medizinisch basierte Antwort. Der Rest gehört an die Seelsorge oder den Sozialarbeiter verwiesen. - Anders könnte derselbe Fall in der palliativen oder terminalen Situation aussehen. Vielleicht ist es für den Patienten hilfreicher, die Deutung „Strafe“ gelten zu lassen als ihn von dieser Rettungsinsel zu vertreiben und ihn einem blinden, für ihn völlig unverständlichen Schicksal zu überlassen. Erziehen wir Schwerkranke nicht auf den letzten Metern!

Auch wenn der Patient fragt: „Herr Doktor wie denken Sie eigentlich darüber, was nach dem Tod kommt?“ Dann sollte der Arzt den Patienten erst fragen, warum er das wissen will oder was er selbst dazu denkt, sonst gehen auch gut gemeinte religiöse Antworten am Kern der Frage vorbei.

Der Arzt weiß z.B. nicht, ob der Patient damit nicht vielleicht indirekt über sein befürchtetes oder bevorstehendes Sterben sprechen will. Ein schneller Griff in die Religionskiste kann den Patienten auch sehr verletzen. *Ein negatives Beispiel: Der Oberarzt visitiert den Patienten, einen Pfarrer, an dessen 2. Kliniktag und sagt: „Sie sind doch ein gläubiger Mensch. Dann werden Sie unsere Vermutungen, es könnte ein Tumor sein, sicher gefasst ertragen können.“* Der Patient war auch Wochen später noch schwer traumatisiert, obwohl sich das mit dem Tumor nicht bestätigt hat.

In der Regel sollte der Arzt sparsam damit sein, von sich aus den Patienten auf religiöse Bewältigungsformen anzusprechen. Es ist grenzwertig, wenn der Arzt beim Aufklärungsgespräch fragt: „Haben Sie einen religiösen Glauben, der Sie in der kommenden Zeit unterstützt?“ Der Arzt gibt ja dann eine höchst deutungsbedürftige zweite Botschaft. Arzt und Ärztin sollten

sparsam damit sein, ungefragt, also ohne impliziten oder expliziten Kontrakt, ihren Glauben ins Spiel zu bringen. Das ist allein schon aus Gründen der *Asymmetrie* und der *Abhängigkeit* geboten: Der Patient ist dem Arzt existentiell ausgeliefert; das sollte nicht dafür genutzt werden, den Patienten dahin zu bringen, wohin der Helfer ihn bringen möchte, zu seiner eigenen Beruhigung. Maxime ist in Zweifelsfällen: Es geht immer um den Patienten und sein System und um die Frage, wie die Begleiter dem dienen können.

Hören wir stattdessen auf die dem Patienten eigene Spiritualität und ergänzen die höchstens, bekräftigen sie oder stellen sie behutsam in Frage. Denken wir daran: Der Patient muss mit dem Leben und sterben, was er selbst vermag, nicht was der Gesunde „diesseits des Jordans“ in seiner Frömmigkeit denkt, was die Einstellung des Patienten sein sollte.

Das heißt nicht, dass der ärztliche Begleiter seinen Glauben völlig ausklammern muss. Aber Vorsicht: ein Glaube, eine evtl. esoterisch gefärbte Spiritualität muss anschlussfähig sein! Das dürfen keine Sonderideen sein, die der ganz privaten Lebensdeutung des Arztes entstammen. Wenn es passt und der Helfer eine gut reflektierte und gereinigte Spiritualität hat, kann er auch davon Zeugnis geben. – *Wie jener Patient mir vor kurzem erzählt hat: als er nach einer riskanten Herzoperation von der Intensivstation verabschiedet wurde, wollte er der Ärztin dafür danken, dass er wieder eine Lebensperspektive hatte. Die Ärztin sagte: „Danken Sie nicht uns Ärzten, sondern dem da oben.“* Der Patient gehörte keiner Religion an. Aber er war zutiefst gerührt und hat den Seelsorger bestellt, um einen Vermittler seines Dankes zu „dem da oben“ hin zu haben.

Aber bitte, nehmen Sie nicht seltene Situationen, wo die religiöse Antwort gestimmt hat, als Normbeispiel dafür, dass der Arzt, die Ärztin Religion immer ausdrücklich vertreten müsste. Viel häufiger sind die Begegnungen mit der Alltagsspiritualität. Wer zu schnell meint, religiös antworten zu müssen, wird leicht die implizite Spiritualität des Patienten überhören. Auf dieser impliziten Form baut auch die Seelsorge auf, auch der Pfarrer. Auch die geben nicht sofort eine vermeintlich probate theologische Antwort. Seelsorger sind in der Verbindung der Alltagsspiritualität mit der Glaubensspiritualität geschult.

Über die Kommunikation in der Alltagspiritualität wächst beim Patienten ein Vertrauen, sodass er auch tiefere Fragen zu stellen wagt und evtl. das authentische Zeugnis des Arztes sucht. Aber dieses Zeugnis sollte einfach und unprätentiös sein wie das jener Ärztin, die den Dank des Patienten an Gott weiterleitet.

Literatur:

- Weber S, Frick E (2002): Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. In: Sellschopp A (Hg) Manual Psychoonkologie. München, Wien, New York
- Puchalski C (2006): A time for Listening and Caring. Spirituality and the Care of the Cronically Ill and Dying. Oxford.
- Weiher E (2008): Das Geheimnis des Lebens berühren - Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende. Stuttgart; hier sind viele Themen, die die Spiritualität berühren, behandelt: z.B. die Warum-Frage, Schuldgefühle, Sinnlosigkeitserfahrung. Darf / soll der Arzt Mitleid haben? Wie geht das: Trösten? Sterbetrauer, Wahrheit, Abschied am Totenbett, Ars moriendi.

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Bischofsvikar für Priesterfortbildung und Mitglied der Kommission IV (Geistliche Berufe und Kirchliche Dienste) und der Kommission IX (Publizistische Fragen) der Deutschen Bischofskonferenz. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn.

Eberhard Klaschik, Prof. Dr. med.

geboren 1943, Studium der Medizin in Mainz, Kiel und Köln; 1970 Promotion zum Dr. med. und von 1971 – 1984 tätig am Institut für Anästhesiologie der Universität Köln. 1974 Facharzt für Anästhesie und 1981 Habilitation; seit 1984 Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Malteser-Krankenhaus Bonn; 1986 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor; 1994 Gründungsmitglied und 1998 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. 1999 erste Professur in Deutschland für Palliativmedizin an der Universität Bonn. 2003 Sachverständiger in der Enquete-Kommission des Bundestages für Ethik und Recht der modernen Medizin. Deutscher Schmerzpreis 2004.

Erhard Weiher, Dr.

1941 in Lorsch geboren. Studium an den Universitäten in Heidelberg, Mainz und Regensburg, Diplom in Physik und katholischer Theologie. 1974 Priesterweihe durch Kardinal Volk in Mainz. Von 1977 – 1987 Hochschulpfarrer an der TU Darmstadt; seit 1987 Klinikpfarrer an den Universitätskliniken Mainz. 2006 Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die theologische Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Zusatzausbildungen in Themenzentrierter Interaktion (WILL-Europa) und in Therapeutischer Seelsorge und Trauerbegleitung; Supervisor (Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie) und Mitglied der Kommission zur Zertifizierung in Trauerbegleitung (DAQTE). Fortbildungstätigkeit für klinische und pastorale Berufe.

Bisher erschienen:

- 1985 **Freiheit und Lebensengagement**
Beiträge von: Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main
 Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen
- 1986 **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**
Beiträge von: Prof. DDr. H. Schipperges, Heidelberg
 Prof. Dr. A. Auer, Tübingen
- 1987 **Heil und Heilung in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg
 Prof. DDr. E. Biser, München
- 1988 **Sucht – ein Alarmsignal**
Beiträge von: Dr. med. F. Böcker, Erlangen
 Prof. Dr. J. Gründel, München
- 1989 **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**
Beiträge von: Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen
 Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen
- 1990 **Wahrheit am Krankenbett**
Beiträge von: Prof. Dr. J. van de Loo, Münster
 Prof. Dr. H. Kramer, Bochum
- 1991 **Medizinische Altersversorgung**
Beiträge von: PD Dr. A. Kruse, Heidelberg
 Prof. Dr. J. Müller, Freiburg
- 1992 **„Mens sana in corpore sano“ – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**
Beiträge von: Prof. DDr. A Görres, München
 Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg
- 1993 **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**
Beiträge von: Dr. med. T. Kruse, Marburg
 Dr. med. G. Markus, Paderborn
 Prof. Dr. F. Furger, Münster
 Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen
- 1994 **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. I. Oepen, Marburg
 P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995 **Angst als Grund von Krankheit**
Beiträge von: Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster
 Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**
 Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen
 Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz
 Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**
 Beiträge von: Günter Haaf
 Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**
 Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München
 Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**
 Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römel, Erfurt
 Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**
 Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn
 Bernward Büchner, Freiburg
 Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel
 Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn
- 2001 **Als Mensch beginnen - als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**
 Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt
 Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen
 Christa Nickels MdB, Berlin
 Prof. Dr. Ulrich Lücke, Aachen
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**
 Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster
 Dr. Gerd Lütz, Köln
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena
 Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg
 Hildegard Müller MdB, Berlin

- 2004 **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Dr. Hermann-Josef Pielken, Dortmund
 Prof. Dr. Klaus Arntz, Augsburg
 Dr. Peter Liese, MdEP
- 2005 **Wie alt werden in unserer Gesellschaft - Lebensqualität nur durch Medizin?**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Dr. Michael Pries, Hamburg
 Prof. Dr. Peter Schallenberg, Fulda
 Prof. DDr. Paul Michael Zulehner, Wien
- 2006 **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn
 Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg
- 2007 **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
 Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg
- 2008 **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Bonn
 Dr. Erhard Weiher, Mainz

