

Der sterbende Mensch, begleitet in seiner Gesamtheit
Bozen, 5. November 2003

Dr. Bernhard J. Greiling
Sankt Elisabeth Krankenhaus Eutin
Deutschland

Sehr geehrte Damen und Herren,
es ist mir eine Ehre und ich danke den Organisatoren dieses Ethikkongresses, namentlich Herrn Dr. Mayr und Frau Dr. Habicher, heute abend zu Ihnen sprechen zu dürfen. Für uns ist es die weite Reise wert, von der stürmischen Ostsee in das immer noch sonnige Südtirol mit seinen gastfreundlichen und fröhlichen Menschen zu kommen. Ich hoffe dazu bei zu tragen, daß auch Ihre Erwartungen an diese Veranstaltung in Erfüllung gehen werden.

Das Thema meines Vortrages lautet „Der sterbende Mensch, begleitet in seiner Gesamtheit“. Nun, ich bin kein Ethiker, auch kein Philosoph oder Theologe; in der Tat weiß ich sehr wenig über das Sterben; und was ist die „Gesamtheit“ des Menschen? Ist es überhaupt möglich, einen anderen Menschen in seiner Gesamtheit zu erfassen, zu verstehen und ihn mit diesem Anspruch zu begleiten?
Ich bin Arzt, Internist, Gastroenterologe, Geriater, Arzt für psychotherapeutische Medizin, Arzt für rehabilitative Medizin, ärztlicher Leiter eines kleinen Krankenhauses im Herzen der holsteinischen Schweiz.

Unsere klinische Tätigkeit besteht aus der Behandlung geriatrischer Patienten (Rehabilitation), der Behandlung chronisch schwerkranker Patienten und der Behandlung von Patienten mit Krebskrankheiten, deren kurative Möglichkeiten ausgeschöpft sind und die in absehbarer Zeit sterben werden. Für die Behandlung dieser letzten Gruppe hat sich der Begriff „Palliativmedizin“ gebildet.

Die Behandlung und Begleitung unheilbar Kranker, die an einer rasch fortschreitenden, oft bösartigen Krankheit leiden, ist eine der ältesten ärztlichen Aufgaben. Allerdings haben sich bis in die jüngste Geschichte viele Ärzte von schwerstkranken und sterbenden Menschen zurückgezogen; aus Sorge darum, ihrem Auftrag und ihrem Ruf als Heiler nicht gerecht werden zu können.
Wie jeder Arzt versuche auch ich, ärztliches Denken und Handeln in den Dienst der Menschen zu stellen; in der Palliativmedizin haben wir es allerdings mit Menschen zu tun, die, nolens volens, mir ihr Vertrauen schenken müssen, in einer Zeit, die sie oft vor die größte Aufgabe ihres Lebens stellt: die Begrenztheit und das Ende ihrer physischen Existenz zu erkennen und anzunehmen. (Patient als Subjekt)

Daraus entstehen zwei Fragen von grundsätzlicher Bedeutung:

- 1. Wie komme ich als Arzt damit zurecht, wenn meine Patienten unter der Behandlung schwächer und schwächer werden, ihre physische Gesundheit abnimmt, die Krankheit fortschreitet, kein Versprechen auf Heilung möglich ist?
- 2. Erfülle ich meinen Dienst am Patienten ausreichend, wenn ich als Mediziner die physischen Parameter der Schulbuchmedizin beachte und mich ausschließlich auf die Behandlung medizinischer Probleme konzentriere?

Zunächst eine dritte Frage:

Warum fällt es der modernen Medizin so schwer, Sterben und Tod als immanenten Teil des Lebens anzuerkennen, zu respektieren und hierfür ausreichenden Raum im Medizinbetrieb einzuräumen?

Mit immensem Aufwand versucht die Medizin heute, Sterben zu verhindern, die Grenzen immer weiter hinaus zu schieben, Zeit zu gewinnen; ja, unbewußt vielleicht auch, am Patienten festzuhalten. Die Grenzen sind natürlich vorgegeben: Ohne Krankheit gibt es keine Gesundheit, ohne Nacht keinen Tag und ohne Sterben kein neues Leben. (Dialektische Abhängigkeit)

Dabei läuft die Medizin nicht selten Gefahr, die Grenzen des ärztlichen Behandlungsauftrages, den uns der Patient direkt oder indirekt erteilt hat, zu überschreiten: Wenn wir Medizin betreiben um ihrer selbst willen, statistischen Wahrscheinlichkeiten folgend, im Vertrauen auf die bezwingende Macht unserer (medizinischen) Instrumente.

Wie Sie wissen haben die letzten Jahrzehnte große Fortschritte in der Erkennung und Behandlung von Krebskrankheiten gebracht; weltweit werden gigantische Anstrengungen in der Erforschung und Anwendung onkologischer Therapieverfahren unternommen. Dennoch müssen wir uns darüber im Klaren sein:

- auch in absehbarer Zeit wird über die Hälfte aller Patienten mit der Diagnose „Krebs“ an dieser Erkrankung sterben,
- die Inzidenz, also die Entstehungshäufigkeit von Krebskrankheiten, steigt kontinuierlich, unter anderem bedingt durch die steigende Lebenserwartung.

Was hat es nun mit der Palliativmedizin auf sich?

Ein Leitsatz von Generationen von Medizinstudenten und jungen Ärzten lautet: „Vor die Therapie hat der liebe Gott die Diagnose gestellt.“ Zuerst muß die Diagnose, der Name, das Stadium, das Ausmaß der Krankheit feststehen, dann erst dürfen Planung und Durchführung der Therapie folgen. Das ist gut, richtig und wichtig; wird der Patient hierdurch vor einer mehr oder weniger folgenschweren Fehlbehandlung geschützt. Leider wird im Praxisalltag dieses Prinzip dennoch allzu häufig vernachlässigt.

Aber was folgt danach? Wenn die Diagnose bekannt, die Therapien durchgeführt ist, aber die Krankheit dennoch weiter fortschreitet?

Dann kommt irgendwann der Punkt, an dem die Ärzte innehalten und sich die Frage stellen sollten: „Was ist ab jetzt wichtig?“ Für den Patienten, für alle Beteiligten.

Dieser Frage folgen weitere:

- Worunter leidet der Patient?
- Was kann ich unternehmen, um sein Leiden zu lindern?
- Wie kann ich den Patienten stärken?
- Welche Fragen hat der Patient, welche Fragen haben die Angehörigen?
- Welche Gefühle hat der Patient?
- Welche Gefühle habe ich?
- Wer kann den Patienten unterstützen?
- Wer kann mich unterstützen?
- Verstehe ich den Patienten?
- Versteht er mich?

In die Behandlung kommt eine Wendung. **Die Konzentration auf das Wesentliche wendet sich von Diagnose und medizinischer Therapie auf das Subjekt des Patienten.**

Sogenannte weiche Parameter treten in den Vordergrund:

Kommunikation, Beziehung, Gefühle, Ethik.

Welche Universität bietet Medizinstudenten in diesen Fächern Kurse oder Seminare an?

Unser Handeln fußt auf ethischen Prinzipien, die selbstverständlicher Teil unserer Kultur zu sein scheinen:

Bioethisches Quartett

Gerechtigkeit

Autonomie

Nutzen

Schadenvermeidung

Grundbegriffe in der Palliativmedizin

Symptomkontrolle

Physische Symptome

Schmerzen

Gastrointestinale Symptome

Schwäche, Kachexie, Malnutrition

Dyspnoe

Anämie

Fieber, Infektionen

Dermatologische Symptome

Urogenitale Symptome

Neurologische Symptome

Terminalphase

Psychische Symptome

Schlafstörungen

Unruhe

Angst

Depression

Suizidalität

Verwirrtheit

Psychotische Symptome

Neurotische Symptome

Autonomie

autos - selbst

nomos - Gesetz, Vernunft

Das Recht des Patienten, selbst und frei (vernünftige) Entscheidungen zu treffen.

Paternalismus

Die Haltung des Arztes, der für einen Patienten eine Entscheidung trifft, da er durch seine besseren Einsichten weiß, was in einer bestimmten Situation für diesen das Beste ist.

Informiertes Einverständnis

Der Patient kann nicht einer Behandlung ausgesetzt werden, ohne vorher

- ausreichende Information über die Behandlung und ihre Konsequenzen erhalten zu haben,
- ausdrücklich und freiwillig „Ja“ zu der vorgeschlagenen Behandlung gesagt zu haben.

Kommunikation

Die Qualität der Kommunikation macht häufig den Unterschied zwischen Leben in Verzweiflung und Angst oder Leben mit Hoffnung und Zuversicht.

Husebø

Nähe - Distanz

Physische Nähe

- Die Macht der Therapeuten/Pfleger
- Umgangsformen
- Kommunikation im Kontakt
- Berührt werden
- Behutsamkeit

Psychische Nähe

- Professionelle Beziehung - Private Beziehung
- Schutz der Integrität
- Wunden: Krisen, Konflikte, Kränkungen
- Therapeutische Kompetenz im Team

Sören Kierkegaard 1859

Eine einfache Mitteilung

Wenn wir beabsichtigen, einen Menschen zu einer bestimmten Stelle hin zu führen, müssen wir uns zunächst bemühen, ihn dort anzutreffen, wo er sich befindet und dort anzufangen. Jeder, der dies nicht kann, unterliegt einer Selbsttäuschung, wenn er meint, anderen helfen zu können. Wenn ich wirklich einem anderen helfen will, muß ich mehr verstehen als er, aber zuerst muß ich begreifen, was er verstanden hat. Falls mir dies nicht gelingt, wird mein Mehr-Verständnis für ihn keine Hilfe sein. Würde ich trotzdem mein Mehr-Verständnis durchsetzen, dürfte dieses wohl in meiner Eitelkeit begründet sein. Ich möchte meine Unterstützung durch seine Bewunderung ersetzen. Aber

jede wahre Kunst der Hilfe muß mit einer Erniedrigung anfangen. Der Helfer muß begreifen,

daß zu helfen nicht zu herrschen ist, sondern zu dienen;

daß Helfen nicht eine Macht-, sondern eine Geduldausübung ist;

daß die Absicht zu helfen einem Willen gleichkommt, bis auf weiteres zu akzeptieren, im Unrecht zu bleiben und nicht zu begreifen, was der andere verstanden hat.

Die Palliativstation als Ort der Heilung

Die Ausstellung „Lebenszeiten – Lebenszeichen“
als Symbol für Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Bozen, 5. November 2003

Dr. Bernhard Greiling
Sankt Elisabeth Krankenhaus Eutin
Plöner Str. 42
23701 Eutin
Deutschland
greiling@sek-eutin.de
www.sek-eutin.de
+49 4521 802 461