

Linus S. Geisler: Kommunikation in der Palliativmedizin

In: Hoefert, H.-W./Hellmann, W. (Hg.): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. ECONOMICA. Heidelberg. 2008. S. 131-149

URL: <http://www.linus-geisler.de/art2008/2008kommunikation-palliativmedizin.html>

## Kommunikation in der Palliativmedizin

Linus S. Geisler

Kommunikation in der Palliativmedizin bedeutet dialogische Situationen, die sich in wesentlichen Merkmalen von anderen Kommunikationsfeldern in der Medizin unterscheiden<sup>1</sup>. Dies rechtfertigt ihre gesonderte Darstellung.

In der Palliativmedizin handelt es sich um „Gespräche der letzten Tage“. Dies betont ihre individuelle Einmaligkeit und das weitgehende Fehlen dialogischer Korrektive. Das emotionale Grundrauschen des Patienten wird bestimmt durch Ängste und Ungewissheiten, die im Gegensatz zur kognitiven Gewissheit des bald Sterbenmüssens stehen. Daraus können existenzielle Spannungsphasen resultieren, auf deren Bewältigung, ja nicht einmal mit deren Befassung die wenigsten Menschen vorbereitet sind.

Die tiefste Angst ist im Kern die Angst vor dem endgültigen Beziehungsverlust in einer Welt, die sich am Ende nicht mehr als jene Behausung erweist, als die wir sie ein Leben lang wahrgenommen haben. Der Tod erscheint dann als der radikalste und unwiderrufbarste Beziehungsverlust (M. Volkenandt<sup>2</sup>). Der mehr oder minder sichere Boden, auf dem das bisherige Leben ablief, wird brüchig oder droht ganz verloren zu gehen. Umso mehr gewinnen tragfähige Beziehungen der Betreuenden zum Patienten an Bedeutung: Sie signalisieren ihm, dass er nicht völlig alleingelassen ist.

Der 2004 verstorbene Krankenpfleger und Theologe Heinrich Pera, maßgeblicher Wegbereiter der Hospizidee in Deutschland, bleibt in diesem Bild, wenn er schreibt: „Palliative Care sorgt für einen Raum, der dem Patienten und seinen Weggefährten Schutz gibt. Dieser Raum hat Wände zum Anlehnen, er hat einen Boden, damit jeder seinen Stand bewahren kann, er lässt Fenster entdecken, die Aussichten und Hoffnungen ermöglichen ...“<sup>3</sup>

Diesem hohen Anspruch an die Begleiter stehen immer noch wesentliche Ausbildungsdefizite entgegen. Während in Großbritannien bereits vor 20 Jahren der Facharzt für Palliativmedizin eingeführt wurde, gibt es in Deutschland Palliativmedizin als eigenständige Zusatzqualifikation erst seit 2003. Ebenso ist die Ausbildung der angehenden Ärzte auf dem Feld der Palliativmedizin immer noch defizitär und ihre Schulung für die originär ärztliche Hauptqualifikation, die Fähigkeit zum Dialog, unzulänglich.

In welche Not und Hilflosigkeit gerade junge angehende Ärzte bei der Konfrontation mit Sterbenden geraten können, beschreibt der bekannte buddhistische Lehrer Sogyal Rinpoche in seinem Werk *Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben* am Beispiel einer jungen

---

<sup>1</sup> Anmerkung: Wenn hier im Zusammenhang mit Palliativmedizin und Palliativ Care vom „Arzt“ gesprochen wird, so sind *alle* Begleiter des Patienten (Pfleger, Seelsorger, Sozialfachkräfte) mit eingeschlossen.

<sup>2</sup> Volkenandt, M.: Leid Tragen. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Aachen, April 2005.

<sup>3</sup> Pera, H.: Da sein bis zuletzt. Erfahrungen am Ende des Lebens, Tübingen: Herder 2004.

Ärztin in einem großen Londoner Krankenhaus<sup>4</sup>. Gleich an ihrem ersten Arbeitstag sterben vier Patienten auf ihrer Station. Darauf ist sie überhaupt nicht vorbereitet. Ein sterbenskranker alter Mann bedrängt sie mit der Frage: „Glauben Sie, dass Gott mir meine Sünden vergeben wird?“ Sie kann nichts antworten, ist hilflos, wie gelähmt und unfähig dem Kranken bei seiner Sinnsuche zu helfen. Einen Geistlichen, an den sie die Frage weitergeben möchte, findet sie nicht.

Später wendet sie sich an Sogyal Rinpoche und fragt ihn, wie er sich verhalten hätte. Er antwortet: „Ich hätte mich zu ihm gesetzt, seine Hand genommen, ihn einfach sprechen lassen und ihm mit uneingeschränkter Aufmerksamkeit und voll Mitgefühl zugehört. Vielleicht hätte ich ihm auf diese Weise helfen können, seine eigene innere Wahrheit zu entdecken.“

**Kommunikation in der Palliativmedizin ist gekennzeichnet durch die Einmaligkeit der Situation und das weit gehende Fehlen von Korrektiven.**

### **Sterbende sind Lebende**

Sterbende als Lebende wahrzunehmen und ihre Begleitung unter dieser Perspektive und nicht der des unausweichlichen Todes zu sehen und zu gestalten, bedeutet für den Arzt eine wesentliche Umstellung gegenüber tradierten Vorstellungen vom Umgang mit sterbenskranken Menschen.

Cicely Saunders, die Begründerin der Hospizidee, hat immer wieder betont „wir wollen alles tun, dass du lebst, wirklich lebst, bis du stirbst.“ Ihre Grundidee von Palliativmedizin war bestimmt von der Erkenntnis: *You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life* (Du zählst, weil Du Du bist. Und Du wirst bis zum letzten Augenblick Deines Lebens eine Bedeutung haben).

Dieses Leben soll weitgehend befreit von physischen Belastungen, zumindest deutlich gelindert, so gestaltet werden, dass die psychologischen, sozialen und spirituellen Probleme des Patienten die höchste Priorität besitzen. Ein solches Leben kann nur gelingen, wenn die dialogischen Bezüge von Respekt, Einfühlung und einer gewissen Bescheidenheit der Begleiter bestimmt sind.

### **Der gute Tod**

Fast alle Menschen wünschen sich einen „guten Tod“. Was allerdings ein guter Tod ist, darum ist viel gerungen und darüber ist viel geschrieben worden. Das British Medical Journal hat im Januar 2000 eine ganze Ausgabe dem Thema „A good death“ gewidmet. In dem Editorial wendet sich der Herausgeber Richard Smith an die Leser des BMJ und empfiehlt ihnen, falls sie es bisher nicht getan hätten, mit den Vorbereitungen auf das Sterben zu beginnen. Immerhin würde jeder BMJ-Leser noch in diesem Jahrhundert sterben<sup>5</sup>.

Das Editorial nennt zwölf Prinzipien eines „guten Todes“:

Tab. 1: Prinzipien eines „guten Todes“

- Zu wissen, *wann der Tod* kommt und zu verstehen, *was* zu erwarten ist
- Die *Kontrolle* über das Geschehen zu behalten
- *Würde* und *Privatsphäre* zugestanden zu bekommen
- Eine gute Behandlung der *Schmerzen* und *anderer Symptome*

<sup>4</sup> Sogyal Rinpoche: Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Bern München Wien, 1993, S. 254 ff.

<sup>5</sup> Smith, R.: A good death. In: BMJ Volume 320, (2000), S. 129-130.

- Die Wahl zu haben, *wo man sterben möchte* (zu Hause oder anderswo)
- Alle nötigen *Informationen* zu bekommen
- Jede *spirituelle* und *emotionale Unterstützung* zu bekommen
- *Hospizbetreuung* überall, nicht nur im Krankenhaus
- Bestimmen zu können, *wer beim Ende dabei sein soll*
- *Vorausbestimmen* zu können, welche Wünsche respektiert werden sollen
- Zeit zu haben für den *Abschied*
- *Gehen zu können*, wenn die Zeit gekommen ist und keine *sinnlose Lebensverlängerung* zu erleiden

Wenn auch die Vorstellungen über den „guten Tod“ individuell sehr unterschiedlich sein können, so gibt es doch einen Generalnenner, dessen Grundlage im gelingenden Dialog liegt: Offenheit und Wahrhaftigkeit, Einfühlung und Fürsorge, die weder die Würde noch die Selbstbestimmung des Kranken einschränkt.

Alle Idealisierungen in der Palliativmedizin tragen den Kern des Scheiterns in sich. Dies gilt auch für das Streben nach einem „guten Tod“. Für den Kranken, aber auch für seinen Arzt ist bereits viel gewonnen, wenn es am Ende gelungen ist, einen „schlechten Tod“ zu verhindern.

**Offenheit und Wahrhaftigkeit, Einfühlung und Fürsorge, die weder die Würde noch die Selbstbestimmung des Kranken einschränkt, ebnen die Wege zum „guten Tod“.**

### **Kommunikative Leitlinien**

Billige kommunikative Rezepte, eingedrillte „Gesprächsstrategien“ oder eine scheinbar gekonnt gehandhabte so genannte „soziale Geschicklichkeit“ reichen in der Palliativmedizin nicht aus (M. Gottschlich<sup>6</sup>). Es kann nicht darum gehen kommunikative „Regeln“ zu propagieren, sondern sich vielmehr notorische Fehler und Fallstricke im Dialog bewusst zu machen. Gefragt ist letztlich nicht das Ideal des perfekten Kommunikators, sondern des Arztes als Arznei, die zu lindern vermag. Dies wird dem „unbewaffneten Arzt“ eher gelingen, als jenem, der hinter hyperaktiver Hochtechnologie als Person nicht mehr auszumachen ist. So ist auch Cicely Saunders Devise zu verstehen: „High person, low technology.“

„Das Leben eines Kranken kann nicht nur durch die Handlungen eines Arztes verkürzt werden, sondern auch durch seine Worte und sein Verhalten.“ So steht es bereits in der Gründungsschrift der American Medical Association aus dem Jahre 1847 (!)<sup>7</sup>. Freilich gilt auch umgekehrt: Kommunikation, verstanden im weitesten Sinne als sich zu verhalten und zueinander in Beziehung zu treten, vermag Leben in lebenswerter Qualität zu ermöglichen.

**Worte können das Leben verkürzen.**

### **Eigenes Sterben, eigener Tod**

Gespräche mit sterbenskranken Menschen zählen zu den schwierigsten, aber sie tragen auch die Chance in sich, leidenden Menschen mehr zu helfen als alles andere.

Am Anfang sollte die Erkenntnis stehen, dass die Einfühlung des Begleiters in einen Sterbenden – und sei sie noch so intensiv – eine grundsätzliche Grenze nicht überwinden kann. Denn die allgemeine Erkenntnis des Gesunden, dass Sterblichkeit eine anthropologische Konstante darstellt, ist ein *Wissen*, das mit dem aktuellen *Bewusstsein* des Sterbenskranken, sich bereits in jenem Prozess zu befinden, der unausweichlich in das Ende

<sup>6</sup> Gottschlich, M.: Sprachloses Leid. Berlin: Springer 1998, S. 34-35.

<sup>7</sup> AMA: Code of Medical Ethics of the American Medical Association, (AMA) 1847.

des Lebens einmündet, nicht gleichzusetzen ist. Empathie in der Palliativmedizin erlaubt also nur Annäherungen an das Innenleben des Kranken. Sich dessen bewusst zu sein ist unabdingbar, um nicht Gespräche mit Sterbenskranken aus einer fatal untauglichen Perspektive zu führen.

Diese Erkenntnis macht bescheiden, aber sie sollte nicht resignativ machen. Denn es werden damit nur die Grenzen der eigenen Möglichkeiten klarer abgesteckt. Dies beschränkt die Gefahr, sich kommunikativ auf ein Terrain zu begeben, auf dem mehr Schaden als Nutzen entstehen kann. Es verdeutlicht die Fragwürdigkeit von „Ratschlägen“ in einer Lebensphase, in der es um alles andere geht, als Patienten zu beraten. Menschen in der letzten Lebensphase entwickeln jeweils ihre eigenen Konzepte von Tod und Sterben. Nur so besteht eine Chance einen *eigenen* Tod zu sterben und nicht einen von außen aufoktroierten Tod. Der sterbenskranke Rilke nannte jenen Tod „Tod der Ärzte“. Zu einer Freundin sagte er: „... helfen Sie mir zu *meinem* Tod, ich will nicht den *Tod der Ärzte* – ich will meine Freiheit haben.“<sup>8</sup>

Der Grad der möglichen Annäherung an den Kranken in seinen letzten Tagen hängt weitestgehend von der Fähigkeit ab, aktiv zuhören zu können. Wenn in der Kommunikation als allgemeine Empfehlung eine zeitliche Relation von Zuhören zu Sprechen von 80:20 gilt, so ist in der Palliativmedizin ein noch höherer Anteil des aktiven Zuhörens opportun. Konzentriertes Interesse und uneingeschränkte Aufmerksamkeit sind die Basis des aktiven Zuhörens. Seine palliative Wirkung ist nicht hoch genug einzuschätzen. Der englische Dichter John Milton drückt diese Erkenntnis mit den berühmten Worten des XIX Sonetts poetisch so aus: „They also serve who only stand and wait.“<sup>9</sup>

Sprechen und Schweigen haben jeweils ihre Zeit. Bedrohlich erkrankte Menschen haben ein subtiles Gespür für die falschen Worte und die falsche Zeit. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Die biblische Geschichte von Hiob in seinem grenzenlosen Leid ist hierfür ein beredtes Beispiel. Hiob hat Hab und Gut verloren, seine Söhne und Töchter wurden von einem gewaltigen Wüstenwind getötet, er selbst ist mit böswilligen Geschwüren von der „Fußsohle bis zum Scheitel“ bedeckt. Da kommen seine Freunde. Zunächst verhalten sie sich angemessen. Es heißt: „Sie saßen bei ihm sieben Tage und Nächte lang und sprachen kein Wort zu ihm; denn sie sahen, dass sein Schmerz gar zu groß war.“ Aber dann verfallen sie in die üblichen Redensarten und Hiob, der die Hohlheit ihrer Worte spürt, nennt sie „untaugliche Ärzte“ und schleudert ihnen entgegen: „Eure Merksätze sind Sprüche aus Staub ...“<sup>10</sup>

**Sprechen und Schweigen haben je ihre Zeit.**

## **Erzählen vom Leben und Leiden**

Der Schweizer Schriftsteller Peter Bichsel schreibt in seinem Buch über das Erzählen: „Erzählen und zuhören und dabei den andern ihre Geschichten lassen: das ist praktizierte Toleranz und Solidarität ... Mit dem Erzählen beweist der Mensch sich selbst – sofern ihm jemand zuhört ...“

Wenn es um den möglichen Zugang zur Innenwelt des Patienten in der Palliativmedizin geht, erweisen sich Erzählenlassen und offenes, zugewandte Zuhören als besonders ergiebigen Wege. Es geht dabei nicht um biografische „Wahrheiten“, die an die Oberfläche geholt werden sollen, und die es in einem absoluten Sinn nicht gibt. In diesen Geschichten sind die

<sup>8</sup> Sill, B.: Gedanken zu einer neuen „ars (bene) moriendi“ in der Dichtung Rainer Maria Rilkes. *Renovatio – Zeitschrift für das interdisziplinäre Gespräch*. 49/3 (1993), S. 140-151.

<sup>9</sup> Milton, J.: *Poems*, London, Sonnet XIX, 1645.

<sup>10</sup> Das Buch Hiob. Die Bibel, Stuttgart 1985, S. 542.

Sinnstrukturen unseres Lebens verankert (Lucius-Hoene<sup>11</sup>), ebenso unsere Werte und Wünsche. Im Erzählen kann es gelingen, sie wieder dem Bewusstsein zugänglich zu machen und hilfreich zu sein, wenn es um die „Sinnfrage“ in den letzten Lebenstagen geht.

Dies setzt beim Arzt ein weit geöffnetes Ohr für die Lebens- und Leidensgeschichte des Kranken voraus. Ohne Kenntnis dieser Geschichte wissen wir von ihm so gut wie nichts. Der Philosoph Odo Marquard schreibt: „Denn die Menschen: das sind ihre Geschichten. Geschichten aber muss man erzählen ... und je mehr versachlicht wird, desto mehr – kompensatorisch – muss erzählt werden: sonst sterben die Menschen an narrativer Atrophie“.<sup>12</sup>

Manchmal bedürfen Patienten der Anregung durch Fragen, um ihre Geschichte zu erzählen, wie zum Beispiel „Was waren Sie eigentlich für ein Kind?“ oder „Welche Phase in Ihrem Leben möchten Sie noch einmal erleben?“

Der aufmerksame Zuhörer wird immer wieder erleben, wie bildreich Erzählungen der Patienten sein können. So schrieb die mit vierundvierzig Jahren an Brustkrebs gestorbene Schriftstellerin Maxie Wander: „An Krebs zu denken ist, als wäre man mit einem Mörder in einem dunklen Zimmer eingesperrt. Man weiß nie, wo wie und ob er angreift.“<sup>13</sup> Manche Patienten sind nicht in der Lage mit Worten zu erzählen. Aber die meisten sind imstande bei einführender Anleitung das nicht Verbalisierbare durch eine Zeichnung darzustellen.

Ein 54jähriger Leukämiepatient meiner früheren Klinik ließ uns trotz eingehender Gespräche in der Terminalphase seiner Krankheit im Unklaren, ob er noch zu irgendeiner Therapie bereit war oder nur noch palliative Maßnahmen wollte. Wir baten ihn um eine Zeichnung. Er zeichnete schließlich ein buntes Kornfeld und in dessen Mitte eine leere Bank. Nach der Bedeutung gefragt sagte er: „Das sieht man doch: Das ist die Bank, auf der ich mich endlich ausruhen möchte.“ Diese einfache Zeichnung wirkte im Übrigen in hohem Maße spirituell.



Abb. 1: Bank

<sup>11</sup> Lucius-Hoene, G.: Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft, S. 166-203.

<sup>12</sup> Zit. n. Schernus, R.: Abschied von der Kunst des Indirekten – oder: Umwege werden nicht bezahlt. In: Blume, J./Bremer, F./Meyer, J. (Hrsg.): Ökonomie ohne Menschen? Neumünster: Paranus 1997.

<sup>13</sup> Wander, M.: Leben wär' eine prima Alternative. Darmstadt und Neuwied: Luchterhand 1990.

Ein interessanter narrativer Ansatz stammt von Arthur W. Frank, der selbst an Krebs erkrankt war. Er verwendet für den Kranken die Metapher des „verwundeten Geschichtenerzählers“<sup>14</sup>. Sie geht davon aus, dass Patienten mehr sind als nur Opfer einer Krankheit. Indem sie ihre Krankheiten als Geschichten erzählen, eröffnet sich ihnen die Chance einer neuen Orientierung, nachdem vielleicht ihre bisherige Welt zusammengebrochen ist. Auf diese Weise wird der Kranke selbst zum Heiler.

Die *Narrative-based Medicine* nimmt das Narrativ zum Ausgangspunkt und nutzt sowohl dessen Erkenntniskraft als auch dessen beziehungsstiftende Wirkung (Greenhalgh und Hurwitz<sup>15</sup>). Brody hat auf die Brückenfunktion des Narrativs hingewiesen: Zwischen Arzt und Patient schafft es eine kognitive und emotionale Verstehensbrücke für subjektive Erfahrung einerseits und fachliche Deutung andererseits<sup>16</sup>. Deutung ist allerdings in der Palliativmedizin kaum erwünscht. Sie kann sogar eher die Antworten, die sich nur der Patient geben kann, verhindern.

**Geschichten vom Leben und Leiden wollen erzählt werden.**

### **Leid verstehen, Leid bestehen**

„Ein Klagelied ist ein Lied zum Zuhören, nicht zum Kommentieren“. Dieser Satz stammt von dem dänischen Dichter Benny Anderson<sup>17</sup>. Es kann nicht darum gehen, Sinndeutungen des Patienten zu interpretieren oder ihn mit Interpretationen von Leid zu konfrontieren, die den illusorischen Anspruch der Allgemeingültigkeit erheben.

Die stets wiederkehrenden Fragen nach dem Sinn von Krankheit und Leiden sind fast immer Hintergrundmelodie der letzten Lebensphase.

Ein Blick in die Religionsgeschichte zeigt, dass die Frage nach Ursprung, Zweck und Überwindung des Leids sehr unterschiedlich beantwortet werden. Naturreligionen sehen im Leid häufig eine Einwirkung dämonischer Kräfte. Der karmische Gedanke als zentraler Begriff des Hinduismus, Buddhismus und Dschainismus bezeichnet das universelle Gesetz, nach dem jedes Dasein kausale Folge eines früheren Daseins ist. Für den Islam ist Leid eine Prüfung, die zu Allah führen und das Vertrauen auf ihn festigen soll. Das Judentum sieht im Leid die Strafe für menschliche Schuld (den Missbrauch der ihm gegebenen Freiheit) und die Prüfung seines Glaubens durch Gott. Im Christentum fließen beide Elemente exemplarisch im stellvertretenden Leiden Jesu Christi am Kreuz zusammen.

Die Auffassung von Leiden als Strafe lässt sich auch sprachgeschichtlich zurückverfolgen. Sowohl das alt-deutsche *Pein* wie das englische Wort *pain* (Schmerz) wurzeln im lateinischen Wort *poena* (die Strafe). Im Grimmschen Wörterbuch wird *Pein* im kirchlichen Sinne als zeitliche oder ewige Strafe für die Sünden erklärt.

Im Selbstverständnis schwer leidender Kranker ist daher die Idee der Bestrafung eine häufig nahe liegende Erklärung. Leiden mag dann als pädagogisches Mittel verstanden werden, damit der Mensch gebessert wird oder als Tor zum Mitleiden. Leid als Ausdruck einer besonderen Zuwendung Gottes nährt den heiklen Gedanken des Auserwähltseins.

<sup>14</sup> Frank, A.: *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*. Chicago: University of Chicago Press 1995.

<sup>15</sup> Greenhalgh, T./Hurwitz, B.: *Narrative-based Medicine – sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern: Huber 2005.

<sup>16</sup> Brody, H.: Geleitwort. In: Greenhalgh, T./Hurwitz, B.: *Narrative-based Medicine – sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern: Huber 2005, S. 11-13.

<sup>17</sup> Zit. n. Bucka-Lassen, E.: *Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln*. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2005.

Aber wie soll der Arzt mit der Klage umgehen, mit den Sinndeutungen seines Patienten? Auch er kann nicht immun sein gegen die verschiedensten Sinngebungen des Leidens. Und das tagtägliche Miterleben schwersten Leidens mündet vielleicht in Aporie.

In André Malraux's Roman *Conditio humana, So lebt der Mensch*, der die Eroberung Shanghais 1927 durch Truppen des Kuomintang schildert, sagt die Ärztin May, die Tag für Tag Menschen leiden und sterben sieht, in einem Moment äußerster Verzweiflung: „*Leiden kann nur einen Sinn haben, wenn es nicht zum Tode führt; aber es führt fast immer dahin.*“<sup>18</sup>

Vor dieser Verzweiflung ist kein Arzt gefeit, umso weniger, je stärker er sich als ohnmächtig erlebt. Die Sinnsuche in schwerer Krankheit, so sehr sie sich immer wieder drängend stellt, sollte nicht verstellen, was vorrangige ärztliche Aufgabe ist: Dem Kranken zu helfen nicht nur das Leid zu *ver-stehen*, sondern vor allem im Leid zu *be-stehen*. Darauf hat der Arzt und Theologe Matthias Volkenandt immer wieder hingewiesen.<sup>19</sup> Dies gelingt außerhalb der notwendigen Palliativmaßnahmen vor allem durch einführende Präsenz im weitesten Sinne.

**Ein Klagelied ist ein Lied zum Zuhören, nicht zum Kommentieren.**

### **Gespräche gegen die Angst**

*Angst* und *Dunkel* zählen zu den häufigsten Vokabeln sterbenskranker Menschen. In dieser Angst schwingt die große Verlassenheit des vom Tode bedrohten Menschen mit. „Die größte Tragödie ist nicht ein schmerzvoller Tod, sondern Verlassensein“ sagte einmal Mutter Teresa<sup>20</sup>.

Gespräche mit Sterbenskranken, sollen sie hilfreich sein, sind immer *Gespräche gegen die Angst*. Wenn sie gelingen, bedeutet dies, dass nicht nur die Angst sondern auch die Verlassenheit abnimmt, vielleicht sogar einer gewissen Geborgenheit weicht.

Angst kann in vielen Masken daherkommen. Angst-Abwehrmechanismen sind fast regelhaft und vielgestaltig zu beobachten, zum Beispiel:

- *Verleugnung*:  
„Ich habe keine Angst. Ich bin auf alles vorbereitet, warum sollte ich Angst haben?“
- *Rationalisierung*:  
„Die Krankheit als solche macht mir keine Angst. Hingegen fürchte ich die starken Medikamente. Wenn ich gelegentlich Angst verspüre, so ist es die Angst vor der Giftigkeit der Medikamente.“
- *Projektion*:  
„Meine Frau macht sich über meinen Zustand große Sorgen, ich nicht. Ihr muss man in ihrer Angst beistehen.“
- *Verkehrung ins Gegenteil*:  
„Noch nie fühlte ich mich so gut, wie seit ich krank bin. Mein Leben ist intensiver und gefühlsmäßig reicher geworden.“

Für den Arzt ist es wichtig zu wissen, dass es meistens besser ist, solche Abwehrmechanismen *nicht* zu durchbrechen, weil sie eine unverzichtbare Hilfe für die Bewältigung einer sonst kaum erträglichen Realität darstellen. In einer alten Weisheit heißt es: Wir können nicht lange in die Sonne blicken und wir können dem Tod nicht immer ins Auge sehen.

<sup>18</sup> Malraux, A.: *So lebt der Mensch*. München, 1979.

<sup>19</sup> Volkenandt, M.: a.a.O. [2]

<sup>20</sup> Zit. n. von Brück, M.: *Wie können wir leben? Religion und Spiritualität in einer Welt ohne Maß*. München: C.H. Beck 2004.

Uferlos können die Ängste in den Fantasien werden. Die Fantasie erweist sich nicht selten schlimmer als die Wirklichkeit, denn die Wirklichkeit hat Grenzen, die Fantasie nicht (Bucka-Lassen<sup>21</sup>). Werden solche Fantasien und Ängste angesprochen und zur realen Bedrohung ins rechte Verhältnis gesetzt, kann dies zum Angstabbau beitragen.

In Gesprächen gegen die Angst stehen *inhaltliche* Aspekte nicht unbedingt im Vordergrund. Das Sprechen über die Angst ist selbst Angst mindernd. Sprechen bedeutet, dass wir leben. Gottfried Benn drückt dies in seinem Gedicht *Kommt, reden wir zusammen* folgendermaßen aus:

Kommt, reden wir zusammen  
Wer redet, ist nicht tot,  
es züngeln doch die Flammen  
schon sehr um unsere Not<sup>22</sup>

**Die Fantasie ist schlimmer als die Wirklichkeit.**

## Spiritualität und Palliativmedizin

Wichtig ist es, die Richtung der Ängste von Patienten zu eruieren. Sind sie auf das Diesseits oder das Jenseits gerichtet? Hier kann auch der Schlüssel zum Erkennen spiritueller Erwartungen und Nöte des Kranken liegen, können spirituelle Krisen erkannt werden<sup>23</sup>. Spiritualität wird in diesem Zusammenhang verstanden als ein – bewusstes oder implizites – Bezogensein auf eine über das unmittelbare Ich und seine Ziele hinausreichende Wirklichkeit (H. Walach<sup>24</sup>).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO räumt der Berücksichtigung spiritueller Probleme in der Palliativmedizin hohe Priorität ein. Im Gegensatz zu Deutschland ist in den USA eine Medizin ohne Einbindung spiritueller Elemente undenkbar. An die siebzig universitäre Einrichtungen, die sich mit Fragen der Spiritualität beschäftigen, existieren in den Vereinigten Staaten. Das Erheben einer „spirituellen Anamnese“ wird in der ärztlichen Ausbildung routinemäßig gelehrt.

Spirituelle Begleitung zählt zu den vordringlichen Bedürfnissen todkranker Menschen auf dem Weg zu einem „guten Tod“. Für Palliativmedizin und Hospizarbeit gilt Spiritualität als tragende Säule. So kann es als gesichert gelten, dass spirituelles Wohlbefinden (spiritual well-being) der wichtigste Faktor für die Lebensqualität von Patienten mit Krebs im Endstadium ihrer Krankheit ist<sup>25</sup>.

Ganz pragmatisch stellt sich die Frage, wie die Spiritualität von Patienten erfasst werden kann.

Schon mit (scheinbar) einfachen Fragen ist ein Herantasten an die spirituelle Ausrichtung des Patienten möglich: Falten Sie in Notlagen manchmal die Hände? Hat Ihnen Beten bei der Überwindung einer Krankheit schon einmal geholfen?

---

<sup>21</sup> Bucka-Lassen, E.: a.a.O. [17]

<sup>22</sup> Benn, G.: Sämtliche Werke. Stuttgarter Ausgabe, Gedichte 1, 2002, S. 300.

<sup>23</sup> Geisler, L.S.: Mit bedrohlich erkrankten Patientinnen und Patienten sprechen. Vortrag anlässlich der Tagung „Krebs zwischen Schrecken und Sensation“ der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. - Evangelische Akademie Tutzing, 25. September 2005.  
URL [http://www.linus-geisler.de/vortraege/0509tutzing\\_krebs.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0509tutzing_krebs.html)

<sup>24</sup> Walach, H.: Spiritualität als Ressource. Chancen und Probleme eines neuen Forschungsfeldes. In: EZW-Texte 181 (2005), S. 17.

<sup>25</sup> McClain, C./Rosenfeld, B./Breitbart, W.: Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill Cancer patients. In: Lancet 361 (2003), S. 1603-1607.



Weber und Frick haben ein mnemotechnisch gestütztes Fragenkonzept („SPIR“) zur Erfassung spiritueller Bedürfnisse entwickelt, das auch die Rolle des Arztes mit einbezieht<sup>26</sup>:

- Spirituelle und Glaubens-Überzeugungen des Patienten?
- Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen?
- Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft/Gruppe?
- Rolle des Arztes: Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?

Von Christina Puchalski stammt ein differenzierteres, gut strukturiertes Fragenkonzept zur Erhebung einer spirituellen Anamnese. Folgende Fragen sind danach gut geeignet, die spirituellen Ressourcen von Patienten zu erfassen<sup>27</sup>:

- In wen oder in was setzen Sie Ihre *Hoffnung*?
- Woraus schöpfen Sie *Kraft*?
- Gibt es etwas, das Ihrem *Leben einen Sinn* verleiht?
- Welche *Glaubensüberzeugungen* sind für Sie wichtig?
- Betrachten Sie sich als *spirituellen oder religiösen Menschen*?

Diese Fragen sollen natürlich nur den Rahmen für das spirituelle Gespräch abstecken und nicht als „Fragenkorsett“ gehandhabt werden. Sinn und Wirkung können Sie nur entfalten, wenn es der Therapeut als entscheidendes komplementäres Verhalten versteht, *aktiv zuzuhören*.

Ärzten und Pflegenden mit geringer oder fehlender spiritueller Ausrichtung kann Spiritualität als Neuland Angst bereiten. Aber zunächst ist nicht mehr erforderlich, als sich bewusst zu machen, dass die Wahrnehmung und das Ernstnehmen spiritueller Bedürfnisse und Nöte von Patienten genauso wichtig ist, wie die Beachtung körperlicher, seelischer oder sozialer Nöte. Es hat sich immer wieder gezeigt, dass die Erhebung der spirituellen Anamnese bereits ein wichtiger Schritt sein kann, um eine Krisenbewältigung einzuleiten.

Für das Gespräch über spirituelle Fragen gelten die Grundprinzipien der guten Kommunikation: aktives Zuhören und empathische Zuwendung, das Sich-Einlassen auf den Kranken. Wahrscheinlich ist nicht einmal immer erforderlich, dass spirituelle Begriffe oder der Name „Gott“ auftauchen. So heißt es schon in der Bhagavadgita, dem altindischen religiösen Lehrgedicht: „Gleich, mit welchem Namen du mich rufen magst, immer bin ich es, der antworten wird.“

**Die „spirituelle Anamnese“ kann der erste Schritt zur Überwindung von Sinnkrisen sein.**

## **Kommunikation im Team**

Gerade in der Palliativmedizin ist eine intakte Beziehung innerhalb des Teams von besonderer Bedeutung. Spannungen und Brüche schlagen auf die Kommunikation innerhalb des Teams und letztlich auf den Dialog mit dem Patienten durch.

Schlüsselqualifikationen der Teamfähigkeit sind

- Kooperationsfähigkeit,
- Ergebnisorientierung,
- Teamwilligkeit,
- Konfliktfähigkeit
- Sozialkompetenz und
- Kommunikationsfähigkeit

<sup>26</sup> Weber, S./Frick, E.: Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. In: Manual Psychoonkologie, München 2002, S. 106-109.

<sup>27</sup> Puchalski, C./Romer, A.L.: Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. In: J Palliative Med 3 (2000), S. 129-137.

Unter diesen Schlüsselqualifikationen nimmt die Kommunikationsfähigkeit den höchsten Rang ein, denn sie ist Voraussetzung für die genannten anderen Schlüsselqualifikationen und integriert diese.

Kommunikation als wechselseitiger Austausch von Informationen und Verhaltensweisen ist grundlegendes Erfordernis jeder Organisation und Basis jeder Interaktion. Kommunikation stellt die Matrix dar, auf der sich Teamarbeit vollzieht. Neben dem informativen Anteil bestimmt sie das Beziehungsmuster der Aktionspartner und ist zugleich Spiegelbild der Beziehungen des Teams. Sie besitzt demnach konstitutiven wie indikativen Charakter. Sie bestimmt die innere Einstellung und Haltung des Teams, die nach außen als Teamgeist erkennbar werden. Von diesem Teamgeist lebt die ganze Atmosphäre einer Abteilung oder Klinik. Sie ist der Garant für das Gefühl einer gewissen Geborgenheit, Zuverlässigkeit und empathischer Zuwendung für Menschen in ihren letzten Tagen.

**Kommunikationsfähigkeit ist die wichtigste Schlüsselqualifikation eines Teams.**

## Die Angehörigen

Je komplexer und verantwortungsvoller das medizinische Terrain strukturiert ist, auf dem sich Behandlung und Pflege abspielen, umso größer ist das Risiko, dass die Perspektiven der Akteure und der Involvierten, also beispielsweise der Angehörigen, stark divergieren. Diese „Perspektivendivergenz“ ist oft Grundlage von Missverständnissen, Fehldeutungen und Dissonanzen.

Nicht selten besteht die Vorstellung, der Patient und sein Arzt seien ein dyadisches Bezugssystem, je hermetischer nach außen abgegrenzt, umso besser. Doch die klinische Wirklichkeit steht dazu häufig im Widerspruch. Die Pflegewissenschaftlerin Anika Mitzkat hat darauf hingewiesen, dass es sich häufig um eine *triadische* Beziehung handelt: In das Patient-Arzt-Bezugssystem ist meistens als „Dritter“ der oder die Angehörige(n) eingebunden. Die Rolle des Angehörigen kann sehr unterschiedlich sein. Sie reicht von einer Nebenrolle als „Mitläufer“ bis zum Status des „schwierigen“ Angehörigen, dessen Interaktionen das kommunikative Beziehungsgeflecht erheblich belasten können<sup>28</sup>.

Das Ausblenden der Angehörigen, die das Leiden und Sterben ihres Angehörigen aus ihrer eigenen Perspektive wahrnehmen, ist ein untauglicher Versuch die Beziehung zwischen Arzt und Patient quasi „störungsfrei“ von anderen Einflüssen zu halten. Er schlägt früher oder später auf den Arzt-Patient-Dialog zurück.

Angehörige bewegen oft viele widersprüchliche Fragen: Wird alles für den Kranken getan? Aber auch: Geschieht nicht zu viel mit ihm? Wird mit offenen Karten gespielt oder werden wichtige Informationen zurückgehalten? Gibt es Hoffnung und worauf? Nicht um „Trost“ geht es in einer Situation, deren Merkmal häufig die Untröstlichkeit ist, sondern darum, mit allen Vorstellungen, Fragen und Ängsten Ernst genommen zu werden.

Schließlich kann der Angehörige, wenn er lange mit dem Leiden seines Angehörigen konfrontiert ist, selbst zum Patienten werden. Die Erfahrung lehrt, dass es zwei Defizite geben kann, die es dem Patienten und seinen Angehörigen erschweren, adäquat mit der Krankheitssituation umzugehen (Allmut Sellschopp<sup>29</sup>): Zum einen werden die Patienten nicht genug von ihren Familien unterstützt, zum anderen bekommen die überforderten Angehörigen nicht die notwendige Unterstützung durch die Behandler.

<sup>28</sup> Mitzkat, A.: Die Stellung von Angehörigen in der Gesundheitsversorgung in Abhängigkeit von Dritten. Berlin 2007.

<sup>29</sup> Sellschopp, A.: Psychologische Begleitung und Stützung in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E./Zech, D. (Hrsg.). Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart 1997, S. 723.

Nicht nur bei Sterbenden, sondern auch bei ihren Angehörigen gibt es das Phänomen der „antizipatorischen Trauer“. Wichtig ist es, das Phänomen zu kennen und nicht als „vorzeitiges inneres Abschieben“ zu missdeuten.

Präsenz, Zuwendung, Empathie und Akzeptanz der entgegengebrachten Gefühle sind die Grundlage jeder Kommunikation zwischen Behandlungsteam und der Familie des Patienten. Ein wichtiger Schritt ist eine regelmäßige, verständliche, Angst abbauende und warmherzige Information. Was Angehörige ganz entscheidend erwarten, ist das unmittelbare Eingehen auf ihre aktuelle Situation und Hilflosigkeit. Ratschläge oder der Versuch ihre Perspektive zu korrigieren, sind wenig hilfreich, sondern erzeugen eher eine konfrontative Spannung.

Die Kommunikation mit den Angehörigen endet nicht zwangsläufig mit dem Tod des Patienten. Gespräche nach dem Tod des Patienten können durch einen gemeinsamen Rückblick auf den Verstorbenen ein Teil der Trauerbewältigung sein. Oft sind sie auch ein Spiegel für die Betreuenden, in dem sie die Qualität oder auch die Defizite ihrer Arbeit erkennen können.

**Patient, Arzt und Angehörige bilden ein triadische Beziehung.**

### Schlussbetrachtung

Es gibt eine Kohlezeichnung von Emil Nolde aus dem Jahre 1911. Es zeigt links einen fast friedlich lächelnden Kranken und in der Mitte am Krankenbett den Arzt, der sich zwischen den Patienten und den Tod stellt, der mit seiner Hand den Patienten zu sich winkt. Im Hintergrund lauert eine fratzenhafte Teufelsgestalt.

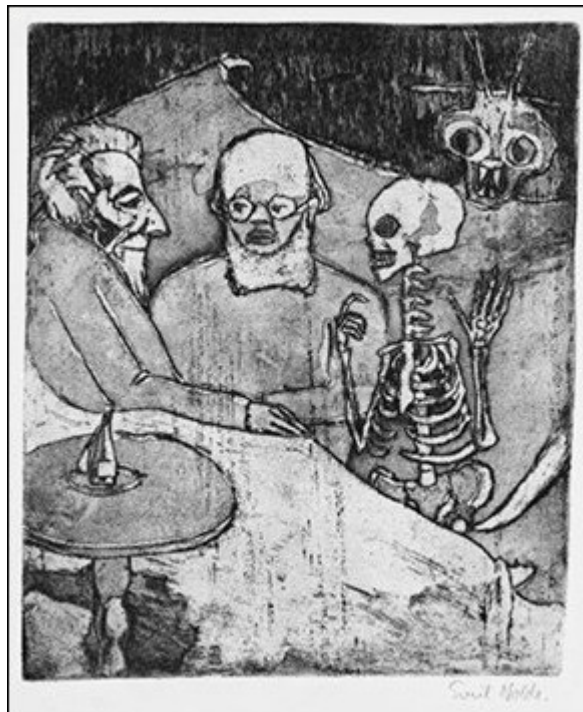


Abb. 2: Emil Nolde, Arzt

Der Theologe Michael Nüchtern interpretiert dieses Bild folgendermaßen<sup>30</sup>:

<sup>30</sup> Nüchtern, M.: Der Arzt, der Kranke, der Tod und der Teufel (Bild von Emil Nolde). In: Böhme, W. (Hrsg.): Der Arzt und das Sterben. Herrenalber Texte 37 (1981), S. 20-30.

„(Der Arzt) kann nichts mehr machen, er tritt einen Schritt zurück – und bleibt doch da. Wozu soll der Arzt, wo er doch nichts mehr machen kann, noch dabei bleiben? ... Er scheint gar nicht zu wissen, was er durch sein Dasein für den Sterbenden tut ... Er trennt Tod und Teufel für den Sterbenden ... Nur weil der Arzt dableibt und nicht davonläuft vor dem Sterben und somit Tod und Teufel für den Sterbenden trennt, kann er auch selbst etwas von dem Sterbenden lernen, was er nicht erfahren würde, würde er nicht dableiben: Dass ein Mensch in Frieden sterben kann und seinen Tod bejaht. Der Arzt hilft dem Kranken und der Sterbende hilft dem Arzt.“

Der gute Arzt/Begleiter kommt zum Sterbenden mit leeren Händen: Sie halten keine Instrumente mehr, sie haben sich von Vorurteilen gelöst, sie bringen keine Ratschläge. So ist er frei, einfach da zu sein für seinen Kranken.

**Mit „leeren Händen“ kommen.**