

Zwischen Leid und Lebensmut

Beim 39. Workshop Medizinethik „Zwischen Hoffnung und Verzweiflung“ stand der Umgang mit existentiellen Fragen im Krankenhaus im Mittelpunkt.

Dr. Adelheid Müller-Lissner

39. Workshop Medizinethik

am 15.11.2014

in der Französischen Friedrichstadtkirche

„Ob ich hier jemals wieder herauskomme? Und wenn, dann für wie lange?“ Frau Babel hat es mitten in einem erfüllten Leben getroffen: Die 50-Jährige hat Bauchspeicheldrüsenkrebs. Metastasiertes Pankreaskopf-Karzinom, so steht es in ihrer Krankenakte. Sie weiß, dass sie keine Chance auf Heilung hat. Doch wirklich verstehen kann sie das noch nicht, sie muss es erst realisieren, nach und nach verarbeiten. Die Stationschwester hat Mitgefühl, versucht sich Zeit für ein Gespräch zu nehmen, redet ihr gut zu, stellt in Aussicht, dass sie bald wiederkommen wird. Doch wie soll sie Frau Babel dann Mut zusprechen, die in vielen Variationen doch nur den einen, alles beherrschenden Gedanken wiederholt: „Mit mir geht es bergab!“

Die kleine Szene, vorgeführt vom Arbeitskreis Ethische Anspielungen des St. Joseph Krankenhauses in Berlin-Tempelhof, stimmte auf den nunmehr schon 39. Workshop Medizinethik ein, den das Krankenhaus zusammen mit der Evangelischen Akademie zu Berlin am 15. November in der Französischen Friedrichstadtkirche veranstaltete.

„Wir müssen lernen zu verstehen, was der Patient meint, wenn er etwas sagt.“ So formulierte **Dr. med. Alexander Horn**, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I am Helios Vogtland-Klinikum in Plauen, die Aufgabe, der sich Ärzte und Pflegende in existenziellen Situationen am Krankenbett stellen müssen. Der Magen-Darm-Spezialist und Krebsmediziner bezeichnete es als entscheidend, dass Krankenhausmitarbeiter dabei auf ihre eigenen Gefühle achten. „Was uns beim Gespräch mit dem Patienten hilft, sind unsere gemeinsamen emotionalen Reaktionen und Bedürfnisse.“ Sie verbinden Menschen auch aufgrund der gemeinsamen Entwicklungsgeschichte, die uns auf großen Stress mit entweder mit Kampf, mit Unterwerfung oder mit Flucht reagieren lässt. Also mit Aggression, Depression oder aber mit Angst. Horn verwies auf Studien, die klar belegen, dass es die Lebensqualität Sterbender in der letzten Woche ihres Lebens stark beeinflusst, ob Ärzte und Ärztinnen zum richtigen Zeitpunkt offene Gespräche mit ihnen führen. Neben empathischer Kommunikation sieht Horn auch das Zulassen von Unsicherheit als hohes moralisches Gut.

„Wir sollten mehr fragen“, hatte eingangs schon **Dr. Rüdiger Sachau** gesagt, Direktor der gastgebenden Evangelischen Akademie zu Berlin. Der Theologe illustrierte diese fragende, offene Haltung mit der biblischen Episode vom blinden Bartimäus, den Jesus fragte: „Was willst du, dass ich dir tun soll?“ Die offensichtliche Blindheit seines Gegenübers reichte ihm nicht als Hinweis auf dessen Bedürfnisse. Auch im modernen Krankenhaus gibt die medizinische Diagnose darüber keine erschöpfende Auskunft.

Als erfahrener Krankenhaus-Seelsorger, der in seinem Berufsleben schon Zehntausende von Patienten am Krankenbett besucht hat, wandte sich **Hans Bartosch** von den Pfeifferschen Stiftungen in Magdeburg gegen die Vorstellung, diese offene und zugewandte Art der Kommunikation sei allein Sache seiner Profession: „‘Begleiten‘ und ‚Zeit haben‘ sind keine Besonderheit der Seelsorge, sie steht im Krankenhaus nicht allein fürs sogenannte ‚Menschliche‘.“ Was möglicherweise in einem christlichen Haus stärker ausgeprägt sei als in denen anderer Träger, sei aber der Stellenwert der Pflege – und das schon aufgrund der Jahrhunderte alten Tradition von Krankenpflege durch Ordensschwestern und Diakonissen. Möglichweise sei zudem eine „Kultur des Sich-Bescheiden-Könnens“ in christlichen Krankenhäusern verbreiteter, auch hinsichtlich der Begrenzung von Therapien.

In einer Kultur, in der religiöse Deutungsmuster an Bedeutung verloren haben, werde zunehmend von der Medizin erwartet, dass sie die entstandene Lücke fülle, so die Philosophin **Dr. Claudia Bozzaro** vom Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg. Medizin sei jedoch nicht für alle Dimensionen des Leidens zuständig. Dass sie sich schwerpunktmäßig der naturwissenschaftlich fundierten Bekämpfung von Krankheiten widmet, sei schon wegen der großen Erfolge auf diesem Gebiet durchaus begrüßenswert.

Bozzaro charakterisierte das Leiden mit Karl Jaspers als „existenzielle Grenzsituation“ und ordnete ihm die drei Dimensionen Passivität, Negativität und Reflexivität zu. „Im Leiden wird uns unsere eigene Sterblichkeit vor Augen geführt.“ Mit der unausweichlichen Frage nach dem „Warum“ und der empfundenen Sinnlosigkeit des Leidens gehe dann neues, größeres Leid einher. Bozzaro zitierte hier die Vorrede aus Nietzsches „Fröhlicher Wissenschaft“: „Ich zweifle, ob solcher Schmerz verbessert. Aber ich weiß, dass er uns vertieft.“

Die junge Forscherin, die gerade für ihre Arbeit zum Umgang mit Leiden in der Palliativmedizin den Nachwuchspreis der Akademie für Ethik in der Medizin bekommen hat, erinnerte damit daran, dass Leid ein Teil der *Conditio Humana* ist. Nicht für alle Dimensionen des Leidens sei die Medizin zuständig, und seine völlige Abschaffung sei letztlich nur um den Preis einer Abschaffung der Person selbst zu haben. „Es gibt deshalb Grenzen des medizinischen Leidenslinderungsauftrags.“ Zu stark begrenzt ist nach den Erfahrungen der Philosophin, die an der Uniklinik in Freiburg auch praktisch in der Ethikberatung tätig ist, in den Krankenhäusern allerdings etwas anderes: Die Zeit, die Pflegenden und Ärzte dort für das Gespräch mit ihren Patienten finden.

Diesem Thema widmete sich aus der Sicht der Pflege **Irmgard Bracht**, stellvertretende Leiterin der Kaiserswerther Seminare in Düsseldorf. Die Altenpflegerin und studierte Theologin beschrieb eindrucksvoll die Situation der Mitarbeiter, die ständig am Rande der Erschöpfung arbeiten und trotzdem ein latentes Schuldgefühl mit sich herumtragen, weil sie den eigenen Vorstellungen von guter Arbeit nicht gerecht werden können. Und das ganz besonders im Kontakt mit Patienten mit ungünstiger Prognose, mit Todkranken und Sterbenden: „Menschen in existenziellen Situationen ihres Lebens sind nun einmal keine ‚Kunden‘“.

Soweit die Diagnose. Als Therapie schlägt Bracht allem anderen voran das Miteinander-Reden vor: Guten Austausch der Berufsgruppen, Supervision, ethische Fallbesprechungen. „Es gibt viele Beispiele gelebter guter und ethischer Praxis. Wenn wir von ihnen erzählen, ermutigen wir andere.“

Von solchen Beispielen konnte auch **Dr. med. Dietmar Beck** berichten, Palliativmediziner am Diakonie-Klinikum Stuttgart und Leitender Arzt des dortigen Palliative-Care-Teams. Auch Beck empfiehlt den Mitarbeitern von Palliativ-Teams, die jeden Tag mit den existenziellen Problemen ihrer Patienten und von deren Angehörigen konfrontiert sind, Teamgespräche und Supervision ihrer Arbeit. „Ganz wichtig ist aber auch, realistische Ansprüche zu haben und in der täglichen Arbeit die Balance zwischen Empathie und Distanz zu halten.“ Wie die Philosophin Claudia Bozzaro plädierte Palliativmediziner Beck für einen umfassenderen Begriff von menschlichem Leid: „Auch wenn Schmerzen und andere schwere Symptome gut behandelt sind, ist das Leid damit noch nicht genommen.“ Beck erläuterte das anhand des Konzepts der „Total Pain“, das Cicely Saunders, die Grande Dame der Hospizbewegung, entwickelt hat: Schmerz hat neben der körperlichen auch eine psychosoziale, eine kulturelle und eine spirituelle Seite. „Das Leid im Umfeld von Sterben und Tod nehmen zu wollen, ist damit Ausdruck einer überzogenen Größenphantasie.“

Ein Gedanke, der geeignet ist, Mitglieder aller Professionen und auch die Ehrenamtlichen zu entlasten, die im Krankenhaus Menschen „zwischen Hoffnung und Verzweiflung“ betreuen.

Adelheid Müller-Lissner