

Ärztliche Grundhaltung in der Hospiz- und Palliativarbeit

von Dr. med. Steffen Simon

„Weniger tun,
weniger sagen,
Raum schaffen,
mir Zeit schenken,
sein,
einfach sein,
damit werden kann,
was in mir ist.“

Max Feigenwinter

I. Einleitung

Eine Haltung ist eine „innere Einstellung, aus der heraus Handlungen moralisch beurteilt und ausgeführt werden.“¹ Grundhaltung unterstreicht das Grundlegende, also das, auf das sich unser Denken und Handeln be-gründet. Eine Grundhaltung ist nichts Gegebenes, sondern entwickelt sich im Laufe des Lebens und der eigenen Biographie. Jeder hat eine Grundhaltung – so wie man „nicht nicht kommunizieren“² kann, so kann man auch nicht keine Grundhaltung haben.

Die Grundhaltung eines Menschen ist dasjenige, was ihn bewegt und motiviert zu denken und zu tun. Wie er die Welt betrachtet und bewertet, basiert auf seiner Grundhaltung. Sie ist damit das persönliche Weltbild bzw. Menschenbild.

Die persönliche (private) Grundhaltung wird im professionellen setting als Arzt zur ärztlichen Grundhaltung. Sie verliert damit das Private und wird begründungspflichtig. Die Arbeit an der ärztlichen Grundhaltung kann dann zu einem ärztlichen Ethos führen.

Es geht nicht um Techniken (Symptomkontrolle, Gesprächsführung etc.), sondern um Grundlegendes, das in den Alltag übersetzt werden muss. Diese „Übersetzung“ ist immer mühsam, unzulänglich, fehlerhaft, überfordernd und unvollständig.³ Aber es besteht die Hoffnung, dass die Güte der Übersetzung wächst, wenn wir uns mit unserer Grundhaltung auseinandersetzen. Es geht also nicht um die Beschreibung eines „Mutter Theresa Bildes“, sondern um die Frage, an was sich der Arzt in der Palliativmedizin und Hospizarbeit orientieren kann.

¹ Brockhaus Enzyklopädie, 19. Ausgabe

² Watzlawick P et al. (1993) Anleitung zum Unglücklichsein. Pieper, München.

³ Die meisten der folgenden Ausführungen stellen deshalb eine Über-Forderung dar, mögen dadurch aber besser als Orientierung in der „Übersetzung“ dienen.

II. Bausteine

Die folgenden Bausteine sind ein Teil der Grundhaltung eines Arztes im Allgemeinen und eines Palliativmediziners im Speziellen. Dabei erhebt diese Auflistung keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es wird die Ich-Form als Arzt gewählt.

Fürsorge

Ein (sterbens-)kranker Mensch kommt zu mir, aus Sorge um sich selbst, denn sein Leben ist durch eine Krankheit lebensbedrohlich und damit existentiell in Frage gestellt. In dem ich mir seine Sorgen für eine gewisse Zeit zu meinen Sorgen mache, übernehme ich Fürsorge für ihn. Be-sorgt um-sorge ich ihn, sorgsam und achtsam, respekt- und würdevoll. In Respekt vor seiner Würde nehme ich seine Verletzlichkeit wahr und behalte diese im gesamten Prozess im Auge. Somit wahre ich in meiner Begleitung die angemessene Spannung zwischen Distanz und Nähe und entgehe der Gefahr der Über-versorgung. Erst dann kann ich eine Hilfe, eine Stütze, ein Begleiter für den Patienten sein.

Fürsorge ist die Form der Menschlichkeit, die auch den barmherzigen Samariter dazu bewogen hat, sich dem Armen, Nackten und Verletzten auszusetzen und ihm beizustehen⁴. Fürsorge ist das empfindsame Instrument in mir, welches durch Leid, Trauer und Schmerz angeklungen wird. Sie ist damit ein Sinnesorgan und macht mich empfänglich für den Hilferuf eines Anderen.

Verantwortung

Erst wenn ich die Sorge des Patienten zu meiner mache und diese Sorge dem Patienten be-antworte, übernehme ich Ver-antwortung für ihn. Indem ich auf seinen Anruf antworte, trete ich in seinen Dienst und in eine Beziehung zu ihm.

Da aber der Anruf eines Schwerstkranken oder Sterbenden ein anderer ist, antworte ich auch anders. „Anders“ als bei einem Patienten mit einer Lungenentzündung oder Beinbruch, ist die lebens-bedrohte Situation eines unheilbar Erkrankten oder Sterbenden ein existentiell In-Frage-gestellt-sein. Palliativpatienten definieren sich u.a. darüber, dass sie „des Todes angesichtig“ sind. Sie müssen sich - ob bewusst oder unbewusst, ob offen oder verdrängend - mit der eigenen Endlichkeit auseinandersetzen. Palliativmedizin und Hospizarbeit als „Lebensbegleitung“ verstanden bedeutet dann, einen Raum für ein „Leben bis zuletzt“ zu öffnen und zu

⁴ Hick C. (2001) Verwundbarkeit und das Antlitz des Anderen. Vortrag auf dem workshop der Forschungsarbeitsgemeinschaft Ethik des Landes NRW am 07.12.2001, Witten

gestalten. Diese Antwort muss mit demselben Anspruch an Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit erfolgen, der auch sonst in der Medizin üblich ist.

Ein weiterer Aspekt in der Verantwortung des Arztes betrifft die Arbeit im Team. Alle in der Begleitung beteiligten Menschen (Arzt, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger, Ehrenamtliche etc.) geben ihre Antwort auf den Anruf des Patienten. Das tun sie aus ihrer eigenen Profession mit ihrer Kompetenz und Qualifikation – also aus ihrem ganz eigenen Blickwinkel. Dies hat jeder selbst zu ver-antworten. Gerade in schwierigen Entscheidungen trägt der Arzt zudem eine Gesamt- und Letzt-Verantwortung, für das Team und für die Begleitung. Diese Verantwortung könnte man als „Bündelung der Antworten“ aller Beteiligten verstehen.⁵

Fürsorge + Verantwortung = care = palliative care

Die Verbindung von Fürsorge und Verantwortung lässt sich sehr treffend durch das englische Wort „care“ beschreiben bzw. übersetzen (carefully, take care, care about). Die Fürsorge und Verantwortung bei sterbenskranken Menschen ist dann „palliative care“.

Dies ist es wohl auch, was *Müller-Busch* als „mütterlichen Vater“ („père maternel“) bezeichnet – „jemand, der zugleich lenkender Vater und warmherzig verstehende Mutter ist.“⁶

Und was *Dörner* mit „Maternalismus“ meint, wenn er eine Weiterentwicklung des alten ärztlichen Paternalismus formuliert. Aus dem „Halbgott in Weiß“ habe sich als Gegenextrem ein ärztlicher Typus des „Wunscherfüllers“ nach dem Kunden-Prinzip entwickelt, was aber in eine Sackgasse führe. „...- in der Ermutigung zu mehr Dienst-Mut einerseits und zu mehr Autoritätsbewusstsein andererseits“, schlägt er „das Konzept des von der Sorge sich herleitenden Maternalismus“ vor.⁷

Bausewein beschreibt diese Grundhaltung in der Tradition von Ignatius von Loyola als „liebevolle Ehrfurcht“. „Wenn ich dem, den ich begleite, mit Respekt und Achtung begegne, ihn als Person wahrnehme, sein Leben und Erleben schätze, ohne es

⁵ Z.B. bei der Entscheidung über den Abbruch kurativer Therapiemaßnahmen bei einem Patienten: es ist wichtig, möglichst alle Beteiligten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen; die Entscheidung selbst muss aber letztendlich der Arzt alleine treffen und verantworten.

⁶ *Müller-Busch C.* Der gute Arzt – aus der Sicht eines Palliativmediziners. In: *Simon S.* Der gute Arzt im Alltag – Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. 2005

⁷ *Dörner K.* Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer, Stuttgart. 2001

sofort zu beurteilen, so ist das ein Akt liebevoller Ehrfurcht gegenüber der Einzigartigkeit des Einzelnen.“⁸

Beziehung

Medizin ist zuallererst Beziehungsmedizin. Alles ärztliche Denken und Tun hat seinen Ausgangspunkt und seine Grundlage in der Arzt-Patienten-Beziehung. Gerade in der Palliativmedizin wird dies offensichtlich, wo es durch Gespräche oder Berührungen, durch Musik oder andere Ausdrucksformen um den Aufbau einer tragfähigen Beziehung geht, wie lang oder kurz sie auch immer sein mag. Erst aus dieser Tragfähigkeit kann Vertrauen entstehen, welches wesentlich für das Gelingen der Begegnung und Begleitung ist. Insbesondere alle existentiellen Entscheidungen können angemessen nur auf der Grundlage der Beziehungen zwischen Patient, Angehörigen, Arzt und Pflegenden getroffen werden.

Die Beziehung wird übrigens umso wichtiger, je näher der Patient dem Sterben und Tod kommt. Aus diesem Grund sind die Angehörigen besonders in der letzten Lebensphase so wichtig, da sie in den allermeisten Fällen die längste und tragendste Beziehung zum Patienten pflegen. Ihnen zu helfen, dass sie dem Patienten auch in der schmerzvollen Phase des Abschiednehmens beistehen können – was viel verlangt ist –, ist dann gemeinsam mit Pflegenden, Ehrenamtlichen u.a. die wichtigste Aufgabe.

Empathie

Für den Aufbau der erwähnten Beziehung ist Empathie vonnöten.

Empathie drückt sich in der Wahrnehmung des Patienten, insbesondere seiner Emotionen aus. Es geht darum, „wachsam und aufmerksam“⁹ hinzuhören, wohin und wie der Patient seinen Weg beschreiten will.

Dies geschieht zu allererst durch eine uneingeschränkte Offenheit meiner Empathie für alles Neue, Andere, Fremde, Sympathische, aber auch Unangenehme bis hin zum Ekel. Es ist ein Sich-einlassen und Berühren-lassen. In dem ich mich bekümmere, also Kummer und Sorge an mich heranlasse, werde ich verwundbar, da ich mich dem Patienten aussetze. Um das angemessene Spannungsverhältnis von Distanz und Nähe wahren zu können, bedarf es dabei des professionellen Rahmens, also der Erlaubnis, ja sogar Pflicht, dieses Sich-einlassen nur für eine bestimmte und

⁸ Bausewein C. Sterbende begleiten. Verlag echter, Würzburg. 2005

⁹ Bausewein C. Sterbende begleiten. Verlag echter, Würzburg. 2005

endliche Zeit durchzuführen. Es ist dies ein „mitfühlen, nicht mitleiden.“¹⁰ Aber ohne ein Sich-einlassen ist keine tragende Beziehung möglich.

Erst im zweiten Schritt (nach dem Hinhören und Sich-einlassen) kommt das Verstehen-wollen, also die Einordnung des Gehörten. Dabei kommt es primär darauf an, dass der Patient sich versteht, was nicht bedeuten muss, dass ich ihn auch verstehe - erst recht nicht, dass ich ihn besser verstehen muss, um ihm dann zu erklären, wie er sich zu verstehen hat. In dem geschützten Raum unserer Beziehung mag es manchmal mit viel Glück gelingen, dass der Patient sich selbst und seine Situation etwas besser versteht – in seiner Trauer, in seinen Ängsten, in seinen Träumen und Wünschen, in seiner Biographie beim „Blick zurück“, in seiner Beziehung zu seinen nächsten Freunden oder entferntesten Feinden.

Aufrichtigkeit

Besonders bei der Diagnoseübermittlung und der Einschätzung einer Prognose sind Aufrichtigkeit, Wahrhaftigkeit und Ehrlichkeit wichtig. Wahrheit ist dabei nicht nur die objektive Befunderhebung, sondern hängt von dem ab, dem diese Diagnose zugemutet wird und ob und wie viel er von dieser Wahrheit wissen will und kann. Verdrängung ist hier manchmal schwierig und schädlich, kann aber auch ein gesunder Schutzmechanismus sein. Denn die Wahrheit muss auch ge- und ertragen werden können. Hier bedarf es eines vorsichtigen Herantastens, sowie Feingefühl und ist nie mit nur einem Gespräch abgetan.

Ohnmacht

Gerade in der existentiellen Situation des Lebensendes gibt es trotz unseres Verantwortungsgefühl und Bedürfnisses eine Antwort auf die Sorgen und Leiden des Anderen zu suchen, immer wieder das Gefühl der Ohnmacht, eben dann, wenn wir keine Antworten mehr haben. Diese Ohnmacht und Sprachlosigkeit zu akzeptieren und auszuhalten, nicht wegzurennen und zu fliehen, sondern den Weg weiter zu begleiten und mitzugehen, ist für den Patienten wie auch für mich eine besonders schwierige, zuweilen überfordernde Aufgabe. Sie führt uns hart an unsere Grenzen, manchmal auch darüber hinaus – wenn z.B. ein Patient sich selbst das Leben nehmen möchte, weil er das Leben zwischen Leben und Tod nicht mehr aushält,

¹⁰ Bausewein C. Sterbende begleiten. Verlag echter, Würzburg. 2005

oder wenn uns ein Sterbenskranker um aktive Sterbehilfe bittet. Dabei geht es ebenso um die Ohnmacht meines Gegenübers, wie auch um meine Eigene.

III. Einordnung

Die o.g. Bausteine sind wesentlich für die ärztliche Grundhaltung in der Hospiz- und Palliativarbeit. Die Leitfrage ist immer: „Wo will der Patient hin?“¹¹ Die Rolle des Arztes ist es, als Begleiter den Patienten auf seinem Weg zu unterstützen, wie auch immer dieser Weg aussieht. Die Aufgabe liegt darin, einen geschützten Raum zu geben, in dem sich der Patient bewegen kann bzw. einen Boden zu bereiten, auf dem der Patient stehen und gehen kann. Das beinhaltet Halt-geben, wenn es nicht mehr auszuhalten ist, Stütze-sein, wenn der Boden unter den Füßen wegbricht, aber auch Reibungsfläche-bieten, wenn Widerstand gefordert ist und Grenzen-aufrechtzuhalten, wenn es haltlos wird.

So wichtig es ist, gut hinzuhören, wohin der Weg gehen soll, so wenig ist es für den lebens-bedrohten Patienten eine Hilfe, wenn sich der Arzt nur als höriger Erfüller der Wünsche des Patienten versteht. Der Arzt ist immer auch ein Gegenüber und bleibt dabei ein Fremder, als Techniker wie als Mensch. Diese Balance zwischen der fremdelden Distanz und der fürsorglichen Nähe ist die eigentliche Kunst in der Begleitung unheilbar Erkrankter und Sterbender.

Dr. med. Steffen Simon,
Palliativstation der Medizinischen Klinik
Ev. Krankenhaus Oldenburg
Steinweg 13-17, 26122 Oldenburg
steffensimon@t-online.de; www.palliativstation-ol.de

¹¹ Sepp Raischl (CHV, München) vergleicht diese Situation mit einem Fußballspiel, als „Abschiedsspiel“ des Patienten: dabei ist der Patient der Spielführer. Unsere Aufgabe ist die Begleitung, mit Blick auf das Spielfeld und den Spielführer. Mal müssen wir Ersatzspieler stellen oder die Verteidigung verstärken (z.B. als Nachtwache), als Mitspieler unterstützen oder auch mal Gespräche am Spielfeldrand führen. Der Spielführer gibt im Prozess des Verabschiedens und Sterbens diese Spielführerrolle schrittweise ab. Wichtig ist auch, dass nach dem Abschiedsspiel weiterhin Fußball gespielt wird.