



# MOMENTE

Liebe Leserinnen und Leser,

im Februar begann ein neuer Kurs zur Ausbildung ehrenamtlicher Hospizbegleiter. Wie üblich, wurde am Anfang die Frage nach der Motivation gestellt. Immer wieder kam zum Ausdruck, dass sich die Teilnehmer in ihrem privaten Umfeld oft unverstanden fühlen, wenn sie sich mit den Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen. Die Menschen um sie herum reagieren irritiert. Sie sind nun froh, eine Gruppe gefunden zu haben, in der sie sich über diese, für sie wichtige Thematik, austauschen können.

Auch wenn Tod und Sterben nicht zu den beliebten Themen zählen, so kommen wir nicht daran vorbei, dass unser Leben endlich ist. Von der Geburt an begleitet uns der Tod.

Für die Geburt ist alles optimal vorbereitet - wie ist es mit dem Sterben? Sind wir in unserer Gesellschaft darauf ausgerichtet, dem Sterbenden und den Angehörigen beizustehen und den schwierigen Weg zu erleichtern?

Bezogen auf die letzten 20 Jahren können wir sagen, dass sich viel geändert hat. Ging es lange Zeit in Medizin und Pflege fast ausschließlich um Heilung einer Erkrankung, ist nun der lindernde Ansatz bei einer nicht heilbaren Krankheit stärker ins Bewusstsein gerückt. Da dieser Ansatz vor allem aus dem angelsächsischen Raum kommt, trägt er auch einen englischen Namen:

## **Palliative Care.**

Am ehesten lässt er sich mit "lindernder Fürsorge" übersetzen.

Darum soll es in unserer heutigen Ausgabe gehen.

Wir hoffen Ihr Interesse geweckt zu haben!

## **Wir stellen uns vor**

Erinnern Sie sich noch an die Säulen unserer Hospizarbeit?

- *Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden und ihren Angehörigen,*
- *Schulung und Begleitung von Hospizhelfern,*
- **Palliativpflegerische Beratung**

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) definiert "Palliative Care" als *aktive und umfassende "Behandlung, Pflege und Fürsorge" zur Erzielung eines größtmöglichen Maßes an Lebensqualität für Menschen mit Erkrankungen, die curativen (heilenden) Therapieansätzen nicht (mehr) zugänglich sind. Entsprechend stehen Schmerz- und Symptomkontrolle und eine unterstützende Begleitung der betroffenen Menschen und ihrer primären Bezugspersonen im Vordergrund. Dies schließt die Berücksichtigung psychischer, sozialer und spiritueller Unterstützungsbedarfe und -bedürfnisse ein. Kernpunkte sind:*

- Die Unterstützung des Lebens und Betrachtung des Sterbens als Prozess und Teil des Lebens, den es weder zu beschleunigen noch zu verlängern gilt.
- Die Kontrolle oder zumindest weitgehende Linderung von Schmerzen und anderen Symptombelastungen hat oberste Priorität.
- Psychologische und spirituelle Aspekte werden als fester Bestandteil der Versorgung (Care) betrachtet.
- Die Bereitstellung eines Unterstützungssystem, das den betroffenen Menschen hilft, so lange wie möglich aktiv am Leben teilzuhaben.
- Die Bereitstellung eines Unterstützungssystems für die Bezugspersonen der Patienten, das auch den Angehörigen Hilfestellung bei der Bewältigung der vielfältigen mit dem Krankheitsprozess verbundenen Belastungen und bei der Trauerarbeit bietet.

In der praktischen Umsetzung wird von der allgemeinen und der spezialisierten (ambulant) Palliativversorgung gesprochen. Zu der allgemeinen Palliativversorgung gehört in erster Linie die kontinuierliche Versorgung durch Haus- und Fachärzten/innen, Pflegedienste in Zusammenarbeit mit andere Berufsgruppen (Seelsorgern/innen, Sozialarbeiter/innen, Psychologen/innen, Therapeuten/innen) und den ambulanten Hospizdiensten. Aber auch die stationären Pflegeeinrichtungen und allgemeinen Krankenhäuser gehören dazu. Der überwiegende Teil schwerstkranker und sterbender Menschen wird in der allgemeinen Versorgung betreut.

## Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Mit Wirkung zum 1. April 2007 hat der Gesetzgeber die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Seitdem hat jeder Versicherte in Deutschland das Recht auf diese neue Versorgungsform, die zum Ziel hat, auch solchen Patientinnen und Patienten eine Versorgung und Betreuung zu Hause zu ermöglichen, die einen besonders aufwändigen Betreuungsbedarf haben.

In den meisten Bundesländern wurden inzwischen SAPV-Strukturen aufgebaut, eine flächendeckende Umsetzung ist jedoch bislang bei weitem noch nicht erreicht. In unserem Landkreis gibt es bereits seit etlichen Jahren Bestrebungen, eine solche Versorgung zu etablieren. Bislang ist dies jedoch an den gesetzlichen Vorgaben gescheitert. Aber es wird weiterhin daran gearbeitet.

---

Was heißt nun palliativpflegerische Beratung in einem ambulanten Hospizverein?

Bei einem ersten Besuch unserer Koordinatorinnen zu Hause oder im Altenheim bei einem Schwerkranken versuchen sie die Gesamtsituation des Kranken und seines sozialen Umfeldes zu erfassen. Sie bemühen sich zu klären, wie eine gute Unterstützung für die Betroffenen aussehen könnte. Sie eruieren, ob die Pflege ausreichend gewährleistet ist, ob der Hausarzt eingebunden ist, ob und welche Maßnahmen für einen evtl. Notfall getroffen wurden, welche Wünsche der Kranke hat usw. *„gemäß dem Ziel von Palliative Care, alles für die optimale Pflege und Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen zu tun.*

### ■ **Aus der Praxis**

---

#### **Palliativmedizin in der hausärztlichen Praxis**

Eine wesentliche Aufgabe der Palliativversorgung ist es, auftretende Leiden und Schmerzen zu lindern, sowie eine angemessene Lebensqualität zu sichern.

Patienten mit einer unheilbaren Erkrankung wünschen sich meist, zu Hause sterben zu können.

Neben Pflegediensten sind es die betreuenden Hausärzte, die ihre Patienten und die Angehörigen bis zum Sterben im häuslichen Umfeld begleiten. Sie kennen ihre Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf, sind vertraut mit dem häuslichen und familiären Umfeld und

genießen das Vertrauen der Betroffenen. Gerade dann, wenn eine Krankheit unweigerlich zum Tode führt, haben die Ärzte eine wichtige Funktion.

Zu einer guten Palliativmedizin gehört z. B. die richtige Einschätzung der Schmerzintensität des Kranken und eine entsprechende Schmerztherapie. Darüber hinaus gilt es, die vielfältigen Symptome, die mit einer todbringenden Krankheit einhergehen, so zu therapieren, dass dem Kranken soviel Lebensqualität wie möglich verschafft wird. Die Kommunikation mit Patienten und auch deren Angehörigen nehmen in dieser Phase des Lebens einen breiten Raum ein, gilt es doch Abschied zu nehmen und die verbleibende Zeit bestmöglich zu nutzen. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang natürlich die Haltung und die Ethik des Mediziners. Kann er die Begrenztheit des Lebens anerkennen oder gilt für ihn "Leben um jeden Preis"? All diese Themen sind Teil der Ausbildung zum Palliativmediziner.

Wir möchten Ihnen in der heutigen Ausgabe **Dr. Roland Sonnenfroh** vorstellen. Er ist in Oettingen niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin und zugleich Palliativmediziner.

Als Palliativmediziner betreut er nicht nur "seine" Patienten aus der hausärztlichen Praxis bis zum Ende ihres Lebens, sondern mitunter auch Patienten, die ihm von Kollegen oder Krankenhäusern zur palliativen Mitbehandlung überwiesen werden. Leider ist es nicht immer bekannt, bzw. es wird selten genutzt, dass der Palliativmediziner, wie bei anderen Fachärzten selbstverständlich, in Fragen der palliativen Betreuung grundsätzlich hinzu gezogen werden kann, ohne dass der Hausarzt diesen Patienten abgeben muss.

Sein Dienstbereich für Hausbesuche erstreckt sich dabei über die für den Not- und Wochenenddienst üblichen Gebiete. Weitere Anfahrtswege sind für ihn nicht leistbar. Ein Besuch des Patienten in der Praxis ist natürlich immer möglich.

Bei einem ersten Hausbesuch verschafft sich Dr. Sonnenfroh einen Überblick über die vorgefundene Situation. Oberste Priorität haben dabei die Symptome des Kranken, die Schilderung der Angehörigen und die Wünsche des Schwerkranken. Dr. Sonnenfroh klärt ab, ob die Pflege sicher gestellt ist und bespricht einen möglichen Einsatz eines Pflegedienstes. Ihm ist Arbeit im Netzwerk wichtig, d. h. er überlegt, welche ergänzenden Dienste zur optimalen Betreuung des Kranken und seiner Angehörigen eingeschaltet werden könnten - natürlich in Absprache mit den Beteiligten.

Mehrfach hat er dabei auch schon die Mitarbeiterinnen der Hospizgruppe eingebunden.

Vorausschauend und abwägend versucht er mit der Struktur des "wenn..., dann..." lindernde Maßnahmen für den Patienten bereit zu halten und durch Informationen und Aufklärung den Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, dass sie auch eskalierende Situationen handhaben und aushalten können.

In einem Notfallplan hält er mögliche Komplikationen und die dafür vorgesehenen Maßnahmen fest, klärt ab, ob der Patient in einem solchen Fall ins Krankenhaus eingewiesen werden möchte und verordnete die für den evtl. Notfall benötigten Medikamente.

Es ist das Ziel des Palliativmediziners in einem gemeinsamen Gespräch zwischen dem Patienten, den Angehörigen und ihm einen Weg zu finden, der für alle gangbar ist.

Dies alles erfordert viel Zeit - eine Stunde ist dabei schnell verstrichen, die Anfahrtszeit nicht eingerechnet.

Leider wird diese Leistung und der erhöhte Zeitbedarf von den Krankenkassen nicht angemessen honoriert. Daneben kommt es immer wieder vor, dass er seine Budgetüberschreitungen im Bereich der Schmerzmittelverordnung den Kassen gegenüber rechtfertigen muss, um die Kosten dieser Medikamente nicht aus seinem Privatvermögen heraus bezahlen zu müssen. Es wäre mehr als wünschenswert, dass dem erhöhten Zeitaufwand zur Betreuung der Schwerkranken und Sterbenden im häuslichen Bereich durch die Kassen Rechnung getragen würde.

Bedingt durch den hohen Zeitaufwand, die häufigeren Hausbesuche bei Palliativpatienten und die unzureichende Honorierung erklärt es sich auch, dass er nur eine begrenzte Anzahl an Palliativpatienten in seiner Praxis betreuen kann. Dr. Sonnenfroh war der erste niedergelassene Allgemeinarzt mit Zusatzqualifikation "Palliativmedizin" in unserer Region.

### **Aus aktuellem Anlass**

Nach dem assistierten Suizid des Fußballers Timo Konietzka in der Schweiz ist auch in Deutschland wieder eine Debatte um die Sterbehilfe entbrannt. Der Bayerische Hospiz- und Palliativverband stellt sich klar und deutlich gegen eine schleichende Aufweichung des Verbots der Sterbehilfe in Deutschland. Prof. Giovanni Maio, geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Ethik-

Zentrums in Freiburg und Mitglied verschiedener überregionaler Ethikkommissionen und Ethikbeiräte, bezieht in seinem Artikel dazu Stellung:

### ***Lieber tot als hilfbedürftig?***

*Ein Plädoyer für den Hospizgedanken als Alternative zum assistierten Suizid*

Ein Mensch tötet sich selbst, die Medien berichten geradezu euphorisch von einem Kampf für den eigenen Tod, gar von einem würdevollen Tod, und kaum jemand zeigt Bestürzung. Wie kann es sein, dass wir scheinbar verlernt haben, adäquat auf einen Suizid zu reagieren?

Wie kann es sein, dass uns nicht mehr die Erschütterung überkommt, wenn wir hören, dass ein Mensch, der eigentlich noch weiterleben hätte können, zu der Auffassung kam, das Nicht-Sein sei der Existenz in unserer Gesellschaft vorzuziehen?

Eine Gesellschaft, die den Suizid nicht mit Bestürzung auffasst, sondern ihn als eine nachvollziehbare Tat deklariert, läuft Gefahr, auch andere Menschen in den Tod zu schicken, weil auf diese Weise das Signal gesendet wird, dass unsere Gesellschaft den Suizid nachvollziehen könne, das sie ihn gar für vernünftig halte.

Eine solche Gesellschaft, die es für vernünftig hält, wenn man im Angesicht von Krankheit Hand an sich legt, ist gefährlich! Denn sie wird viele Menschen, die mit sich hadern und daran zweifeln, ob ihr Leben noch wertvoll ist und ob sie nicht etwa nur noch zur Last fallen, erst recht in die Verzweiflung treiben.

Vollkommen verkannt wird hier, dass sich hinter der breiten Zustimmung des assistierten Suizids nicht weniger verbirgt, als eine verdeckte Tendenz zur totalen Abwertung verzichtvollen Lebens, eine Tendenz zur Geringschätzung allen behinderten Lebens, eine Tendenz zur vermeintlich freiwilligen Abschaffung allen gebrechlichen Lebens. So wie das nicht gesunde Leben schon an seinem Anfang einfach aussortiert werden darf, so wird auch später das Leben in Krankheit nicht als ein Leben betrachtet, das besonderer Zuwendung bedarf, sondern immer mehr als ein Leben, das eigentlich doch gar nicht sein müsse, wenn man nur der „Autonomie“ des Patienten mehr Raum geben würde. Die Autonomie gebiete es nach dieser Diktion, dass jeder Mensch sagen dürfe, dass er – um anderen nicht zur Last zu fallen – lieber sterben wolle.

Dahinter steckt eine verdeckte Ideologie der Unabhängigkeit. Verbrämt hinter einer Autonomie-Diskussion findet eine Sichtweise

auf den Menschen Verbreitung, nach der allein der unabhängige und sich selbst versorgende Mensch ein wertvolles und sinnvolles Leben führen kann. Ab dem Moment, da der einzelne gebrechlicher und angewiesener auf andere wird, wird dieses Leben automatisch zum Unleben. Kaum jemand möchte wahrnehmen, dass diese Fiktion eines Lebens in totaler Unabhängigkeit bis zuletzt nichts anderes ist, als der Größenwahn einer modernen Gesellschaft, die nur Freiheit und Leistungsfähigkeit als einzige Werte gelten lässt. Vollkommen verkannt wird hierbei, dass der Mensch von Anfang an und durch seine ganze Existenz hindurch ein angewiesenes Wesen ist. Die Angewiesenheit ist eine Grundsignatur seiner Existenz.

Die moderne Tendenz, die Angewiesenheit auf die Hilfe Dritter als Ende der Autonomie zu deuten, kann nur als Ausdruck einer Verdrängung der *Conditio Humana* betrachtet werden, hinter der nichts anderes steckt als die Angst; Angst vor Entmündigung, die Angst vor Kontrollverlust, die Angst vor dem Loslassen.

Unsere Gesellschaft möchte diese Angst nicht wahrhaben und deutet sie um in einen Pathos der Freiheit. Dabei übersieht sie aber, dass echte Freiheit doch eher darin besteht, die Wesensmerkmale des Menschseins zunächst anzunehmen und zu realisieren, dass man auch angesichts der eigenen Hinfälligkeit man selbst bleiben kann, indem man lernt, loszulassen, loszulassen von der Fiktion des durchgängig selbst bestimmten Lebens. Fast ein jeder von uns wird früher oder später loslassen und sich in die Hand anderer Menschen begeben müssen, weil das Sterben ohne dieses Loslassen nicht geht.

Daher ist die kategorische Ablehnung dieses Angewiesenheitsverhältnisses nicht weniger als ein Ausdruck von Verdrängung und Leugnung. Gerade die Erfahrungen der Hospizbegleiter und der Palliativmedizin machen immer wieder deutlich, dass der Wunsch zu sterben angesichts einer schweren Krankheit meist als eine Art Durchgangsstadium zu betrachten ist, als eine erste Resignation, als eine Bestürzung ob der verloren gegangenen Perspektiven. Wenn wir diesen Menschen einfach nur den Weg zum assistierten Suizid bahnen, übersehen wir, dass dieses Durchgangsstadium auch überwunden und bewältigt werden kann, und zwar durch eine Kultur der Angewiesenheit, durch eine Kultur des Beistands, durch eine Kultur der Sorge.

Zentrale gesellschaftliche Aufgabe muss es sein, den Menschen, die angesichts einer Erkrankung zunächst verzweifelt sind, etwas zurückzugeben,

was heute in der Autonomiediskussion vollkommen vernachlässigt wird: und das ist die Zuversicht, der Trost, das Aufzeigen neuer Perspektiven, und seien sie noch so klein. Solange ein Leben existiert, ist dieses Leben wie ein Licht; man muss nur die Augen öffnen für dieses Licht, das immer noch leuchtet. Gerade der Hospizdienst und die Palliativmedizin stehen geradezu symbolisch für diesen Trost und für die Hochschätzung des Lichts, dass, solange Leben existiert, immer ein Licht der Freude sein kann. Sie stehen für Linderung von Schmerzen, Beistand und für das Nicht-alleingelassen sein.

Daher wäre es zu begrüßen, wenn die Öffentlichkeit und die Politik auf die Selbstmorde von Prominenten nicht mit dem Ruf nach einer Liberalisierung des assistierten Suizids reagieren, sondern sich auf den Kern des Problems besinnen: und das ist die fehlende Zuversicht vieler kranker und gebrechlicher Menschen in unserer Gesellschaft, die nicht sicher sind, ob sie wirklich bei uns erwünscht sind. Je mehr die Politik Signale der Unterstützung des assistierten Suizids sendet, desto mehr entfernt sie sich von der eigentlichen Aufgabe einer humanen Gesellschaft, die nur darin liegen kann, Trost und Zuversicht zu spenden und dies erst recht und gerade bei sterbenden Patienten. Der Hospizdienst und die Palliativmedizin stehen für ein Leben bis zuletzt und für diesen Trost: ihnen gilt die Zukunft, nicht der institutionalisierten Beihilfe zum Suizid.

"Jeder Mensch ist nicht nur er selber, er ist auch der einmalige, ganz besondere Punkt, wo die Erscheinungen der Welt sich kreuzen, nur einmal so und nie wieder. Darum ist jedes Menschen Geschichte wichtig und jeder Aufmerksamkeit würdig."  
*Hermann Hesse*

## ■ Aktuelles

**Humor in der Pflege - Vortrag von Markus Proske/Humorthérapeut**

• Dienstag, 24. April / ev.Gemeindehaus in Oettingen, 19.00 Uhr

### Impressum:

**Ausgabe 05 – 12 / April 2012**

**Hospizgruppe Donau-Ries e.V. Jennisgasse 7**

**86609 Donauwörth Telefon 0906 – 700 16 41**

**www.hospizgruppe-donau-ries.de**

**Konto Raiffeisen-Volksbank Donauwörth:**

**BLZ 722 90 100 Kto.Nr. 30 40 402**

**Konto Sparkasse Donauwörth**

**BLZ 722 501 60 Kto.Nr. 2000 41 23**