

# AUSWEGE – LEID LINDERN

von Kerstin de Schultz

Unter diesem Motto stand der 6. Palliativfachtag im Kloster Nimbschen, an dem im September die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen des Hospiz Vereins Leipzig teilnahmen.

Und auch sieben unserer Ehrenamtlichen konnten sich bei dieser Veranstaltung des Palliativnetzwerkes für Leipzig und Umgebung über aktuelle Themen der Hospiz- und Palliativversorgung informieren.



## Berichte aus den Workshops am Vormittag

Bereits am Vormittag fanden vier Workshops statt, deren wesentliche Erkenntnisse zu Beginn des Symposiums von den Leitern zusammengefasst wurden. Dabei fiel einer der Angebote einem Streik bei Air Berlin zum Opfer – der Referent schaffte es nicht bis an die Mulde, für ihn sprang spontan eine Physiotherapeutin aus der Umgebung ein.

### **Aromatherapie in der Palliativpflege, Sibylle Lück**

Im Workshop 2 erfuhren die Teilnehmer, wie sie Patienten mit Unterstützung der Aromatherapie zu erholsamem Schlaf verhelfen können. Gerade für kranke Menschen ist dieser notwendig. Doch die Nachtstunden sind nicht selten angstbesetzt, depressive Verstimmungen und eine besonders große Empfindsamkeit und Verletzbarkeit führen zu Schlafproblemen.

Sibylle Lück, eine äußerst erfahrene Krankenschwester mit zahlreichen Zusatzausbildungen und Tätigkeiten u.a. im Bereich Palliativpflege, Praxisbegleitung und Aromapflege, erläuterte die Wirksamkeit einiger Pflanzen und deren Öle. Dabei betonte sie die individuelle Anwendung entsprechend der Situation und der Persönlichkeit des Kranken. Besonders Rose oder Orange können unterstützend wirken, sie beruhigen, trösten und wecken oft positive Erinnerungen. Vielen ist die Wirkung von Lavendel und Melisse bekannt, die Workshop-Teilnehmer nahmen eine auf deren Basis gemischte Salbe mit nach Hause.

Frau Lück wies abschließend darauf hin, dass in der Verwendung von Aromaölen der Grundsatz „weniger ist mehr“ zu beachten ist.

### **Gesetz gegen Korruption und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, RA Frank Hirschhorn**

Streng sachlich wurde es im nächsten Workshop-Bericht: Rechtsanwalt Frank Hirschhorn aus Leipzig, Vorstandsmitglied im Palliativnetzwerk, referierte zum

Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen.

Nicht nur Ärzte, sondern alle in diesem Bereich Beschäftigte können damit in Konflikt geraten.

Jedem leuchtet ein, dass Angehörige der Heilberufe keinerlei Zahlungen oder Sachwerte annehmen dürfen, wenn sie im Gegenzug beispielsweise Pharmafirmen, Apotheken oder einzelne Leistungsanbieter bevorzugen. Auch Provisionen, Preisnachlässe oder der Zuschuss für Feiern sind unerlaubt. Bei Kooperationsverträgen gilt als Faustregel, dass diese ausschließlich zum Vorteil der Patienten dienen und dem Standesrecht entsprechen müssen.

Wie in vielen Bereichen der ärztlichen und pflegerischen Arbeit ist eine sehr genaue Dokumentation sowie die Begründung der Zusammenarbeit bzw. Delegation bestimmter Tätigkeiten an die Netzwerkpartner unerlässlich. Diese weist im Zweifelsfall das angemessene Verhältnis von Leistung und Gegenleistung nach.

Als Fachanwalt für Medizinrecht verfolgt Herr Hirschhorn auch die Prozesse zum Abrechnungsbetrug einzelner Pflegedienste. Er wies darauf hin, dass das Erbringen von Leistungen durch Hilfskräfte sicher nicht unüblich ist (ob dies dem Patientenwohl dient, sei dahingestellt), deren wirtschaftlicher Wert jedoch „Null“ ist. Sollte dann jedoch die Abrechnung als durch eine Fachkraft erbrachte Leistung erfolgen, handelt es sich um Betrug, auch wenn die Ausführung der Tätigkeit einwandfrei war.

Hoffentlich wachten die letzten „Ignoranten“ spätestens dann auf, als nochmals deutlich ausgesprochen wurde, dass im Anti-Korruptionsgesetz nicht nur wirtschaftliche Belange wie Geldrückforderungen durch Kostenträger geregelt werden, sondern auch strafrechtliche Sachverhalte verankert sind - siehe Betrug.

### **Trauerbegleitung – Trauer ist keine Krankheit, Beate Bahnert**

Im Thema des letzten Workshops fühlten sich alle im Palliativ- und Hospizbereich Tätigen sicher wieder eher „zu Hause“:

Beate Bahnert, Trauerbegleiterin aus Grimma und Vorstandsmitglied im Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister, nahm uns mit auf eine „Reise ins Trauerland“.

Sie verdeutlichte, dass Trauer keine Krankheit ist, wohl aber krank machen kann. Sie stellt einen Prozess dar, der abzuschließen ist, präventive Unterstützung ist hierfür besonders wesentlich. Verluste und Trauer gehören zum Leben, sie stellen Ausnahmesituationen dar, die sehr individuell verlaufen, weshalb Modelle nur eingeschränkt annehmbar seien.

Die Gefühle der Trauernden sind oft schwankend, wohl am ehesten mit Bildern beschreibbar, was Frau Bahnert zum Titel „Trauerland“ kommen ließ. Es sei wichtig, Trauernden mit Respekt zu begegnen und ihnen ihre persönliche Wahrnehmung nicht „auszureden“.

Die Referentin verwies darauf, dass Einsamkeit wohl eines der größten Probleme der Trauernden ist, gesellschaftliche und kulturelle Veränderungen tragen zu deren Verstärkung heute besonders bei. Hier setzt demnach auch eine besondere Verantwortung für einander ein, beispielsweise durch nachbarschaftliche Aufmerksamkeit kleine Lichtblicke zu setzen.

## **Schmerztherapie, Patronisierung, Sterbewünsche, Lachen – die Vorträge am Nachmittag**

### **Schmerzbehandlung von Palliativpatienten, Vortrag von Andrea Bredel**

Im anschließenden ersten Vortrag des Symposiums hatte es die Schmerztherapeutin und Anästhesistin Andrea Bredel aus Leipzig scheinbar schwer, den Übergang von der Trauer zur Schmerzbehandlung von Palliativpatienten zu finden. Das gelang ihr jedoch hervorragend, indem sie zunächst über ihre Erfahrungen bei der Betreuung ihres Vaters berichtete.

#### **Die Bedeutung einer ganzheitlichen Therapie und intakten Beziehung zum Patienten**

Sie betonte, wie wichtig gerade bei Patienten am Lebensende die Einschätzung der Pflegekräfte ist, die „nah dran“ sind und Verlauf und Veränderung meist am besten beurteilen können. Die Ärztin verwies auf die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Therapie in der Schmerzbehandlung.

Diese setzt eine intakte Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten voraus, die geprägt sein soll von Vertrauen und sorgsamer Begleitung, dem Patienten Hoffnung und Mut schenkend, ohne unrealistische Erwartungen zu vermitteln.

Frau Bredel deutete an, dass dies in Zeiten ständig neuer Trends und Tendenzen mitunter recht schwierig werden kann - siehe aktueller „Methadon-Hype“. Gleichzeitig betonte sie, dass Schmerztherapie auch insbesondere eine ethische Aufgabe darstellt.

Fast alle Tumorpatienten leiden im Verlauf der Erkrankung unter Schmerzen, die verschiedene Ursachen haben. Es wird unterschieden zwischen tumorbedingten Schmerzen (z.B. durch Infiltration des Tumors in umliegendes Gewebe oder Knochenmetastasen), therapiebedingten Schmerzen durch Operationen, Bestrahlungen oder Chemotherapie und dem tumorassoziierten Schmerz, der durch Infektionen, Thrombosen oder Dekubiti begründet ist.

Natürlich können diese Patienten zusätzlich unter Beschwerden leiden, die durch andere Erkrankungen, beispielsweise neurologischer Art, verursacht werden. Schmerzen gelten stets als Stressfaktor, sie beeinflussen das Immunsystem negativ und führen so zu schlechteren Heilungstendenzen.

**Vor der Behandlung muss eine differenzierte Schmerzanalyse stehen:** dabei wird ermittelt, ob es sich um sogenannte körperliche, neuropathische oder somatoforme („emotional“, ohne Nachweis körperlicher Ursachen) Schmerzen handelt. Außerdem wird die

Schmerzstärke ermittelt: dies geschieht mittels visueller oder numerischer Skalen, auf denen der Patient die empfundene Belastung ausdrücken kann.

Grundlage für die Schmerzbehandlung von Tumorpatienten ist die S3-Leitlinie der Gesellschaft für Palliativmedizin. Sie basiert auf dem Einsatz des WHO-Stufenschemas, ergänzt durch Zusatzmaßnahmen wie Physio- und Psychotherapie.

#### **Es stehen heute eine Vielzahl von hochpotenten Schmerzmitteln zur Verfügung.**

Frau Bredel führte eine Reihe von Medikamenten samt Kombinationsmöglichkeiten und Nebenwirkungen an, die natürlich vor allem für die medizinisch tätigen Teilnehmer wichtig und verständlich waren. Diese sollen hier nicht im Einzelnen wiedergegeben werden, da ich weder „medizinisches Halbwissen“ vermitteln noch gar zur Selbsttherapie verleiten möchte.

Schmerztherapie, erst recht die von Patienten in der palliativen Versorgung, gehört immer in die Hände des erfahrenen Haus- oder Facharztes, bei Bedarf ergänzt durch den Schmerztherapeuten.

Allerdings sollen zwei wesentliche Punkte hervorgehoben werden: Es stehen heute eine Vielzahl von hochpotenten Schmerzmitteln zur Verfügung, gerade auch jene, die unter das Betäubungsmittelrecht fallen. Bei bestimmungsgemäßer und sachgerechter Anwendung und Dosierung ist deren Wirkung sicher und für den Patienten segensreich.

#### **Pflegekräfte sollten ihr Wissen über Schmerztherapie ständig aktualisieren**

Besonders Pflegekräfte sollten ihr Wissen darüber ständig aktualisieren, um sowohl in der Verabreichung der Schmerzmedikamente als auch in der Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen kompetent und zuverlässig zu sein. Es kann nicht hingenommen werden, dass durch unbedachte Äußerungen Verunsicherungen auftreten, die dazu führen, dass notwendige und entlastende Medikamente nicht eingesetzt werden.

#### **Wundermittel gibt es nicht**

Frau Bredel führte zum Schluss ihres Vortrages noch einige Anmerkungen zu Cannabinoiden an, deren Anwendung im Gesetz vom März 2017 geregelt wird. Sie betonte, dass diese kein Wundermittel sind, für viele Patienten gar keine Option darstellen. Die Schmerztherapeuten in Sachsen haben sich darauf verständigt, derzeit lediglich Fertigpräparate anzuwenden, welche als Tropfen, Kapseln oder Spray verfügbar sind.

Ebenso verwies sie darauf, dass Methadon momentan nur als Schmerzmittel einsetzbar ist und die zahlreichen Veröffentlichungen zum Einsatz in der Tumorthherapie bei den Patienten nicht erfüllbare Hoffnungen weckten. Es gibt die für Ärzte und Therapeuten völlig neue Situation, dass eine Zulassung von Präparaten erfolgte, deren Wirksamkeit erst im Nachgang durch Studien überprüft werden soll.

## Die Arzt – Patienten - Kommunikation

### Vortrag von Dr. Jörg Lauckner

Hier hätte nun der nächste angekündigte Vortrag zum Thema Cannabis (Anwendung und Kostenerstattung) gut ansetzen können, den die Referentin allerdings kurzfristig abgesagt hat.

Dafür sprang Dr. Lauckner ein, ebenfalls Vorstandsmitglied im Palliativnetzwerk und hauptberuflich als Palliativmediziner sowie hygieneverantwortlicher Arzt am Helios-Parkkrankenhaus Leipzig tätig.

Er nahm sich eines nicht minder wichtiger werdenden Themas an: **Der Vermeidung von Patronisierung im Umgang insbesondere mit alten Patienten.**

Inspirierte wurde er zu diesem Vortrag von Linus Geissler, einem u.a. in Bonn und Gießen tätig gewesenen Professor für Innere Medizin. Er hat sich in seinen Forschungen und Veröffentlichungen immer wieder mit der Arzt-Patienten-Kommunikation und insbesondere mit der Wirkung der sogenannten „sprechenden Medizin“ beschäftigt, war als Berater und Sachverständiger in verschiedenen Ethikkommissionen tätig.

Im Umgang mit älteren Patienten ist häufig eine **sprachliche Entmündigung** zu beobachten. Nicht selten verhalten sich Ärzte und Pflegende, als würden sie mit Kleinkindern sprechen. Dabei ist uns nicht immer bewusst, welche Rolle die Kommunikation für die Befindlichkeit beider Seiten spielt.

#### Lebensgeschichte als Schlüssel zum Verständnis

Die Lebensgeschichte der alten Menschen sollte als Schlüssel zum Verständnis für Erkrankungen und deren Bewältigung dienen. Statt diese zu ergründen, führt Voreingenommenheit der Jüngeren gegenüber dem Älteren zu fehlender kompetenten Einschätzung.

Medizinisches Personal stellt für viele alte Menschen den einzigen noch vorhandenen sozialen Kontakt dar. Mitarbeiter eines Pflegedienstes kennen die Situation, dass Patienten schon warten und jede noch so kleine Verzögerung mindestens bedauern. Ebenso wird versucht, den Besuch der Pflege hinaus zu zögern – schließlich folgen viele einsame und nicht selten bange Stunden, bis der nächste Kontakt erfolgt.

#### Wichtig ist der Kontakt auf Augenhöhe

Wie verhalten sich nun diese sehnsüchtig erwarteten Pflegenden oder der ebenso ersehnte Hausarzt?

Im Idealfall erfolgt der Kontakt buchstäblich auf Augenhöhe, wir beugen uns zum Patienten hinab oder setzen uns neben ihn, lächeln ihm zu und ermuntern ihn zum Erzählen. Wir hören aktiv zu, versuchen Stimmungen aufzufangen und in Worte zu fassen, wenn der alte Mensch dies nicht selbst tun kann.

Wir zeigen ihm mit unserer zugewandten Körperhaltung, dass wir an ihm interessiert sind, ihm Verständnis entgegenbringen und üben uns in Geduld. Alles gut so, oder? Ist ja logisch und einfach...

In der Realität glauben wir mitunter, uns sprachlich auf eine „Altersebene“ begeben zu müssen, vereinfachen Sätze wie in der Kommunikation mit Kleinstkindern und sprechen den alten Patienten schon mal mit

Oma/Opa oder in der dritten Person an. Wir verfallen in gönnerhafte, herablassende Verhaltensweisen oder ignorieren bzw. unterbrechen ihn, wenn er uns etwas sagen möchte. Schließlich belächeln wir die „Alten“ oder wenden uns von ihnen ab.

Unser Verhalten führt dazu, dass wir die Patienten entmündigen, ihre Probleme und Wünsche ignorieren und bagatellisieren – und nicht selten lassen wir uns sogar zu pädagogischen Zurechtweisungen hinreißen.

#### Verständnis und Geduld sind Medizin, Entmündigung kann zu Fehleinschätzungen führen

Die Gefahr dieser Haltung besteht nicht zuletzt darin, dass wir ohne eine verständnisvolle Grundhaltung und ausreichend Geduld im schlimmsten Fall medizinisch-pflegerische Veränderungen unserer alten Patienten nicht oder zu spät erkennen. Frau H. war schließlich schon immer wehleidig, nörgelig und recht beleibt – da macht das gar nichts, wenn sie mal weniger isst. Dass dahinter Schmerzen aufgrund einer neu aufgetretenen Erkrankung, eine Depression oder beginnende Demenz stecken könnten, blenden wir aus.

Wir dürfen uns nicht darauf zurückziehen, keine Zeit zu haben. Die Dialogfähigkeit alter Menschen ist in großem Maße abhängig von der Wahrnehmung und der Haltung des (Gesprächs-) Partners, also von uns! Wir können ihre Würde wahren oder sie ihnen nehmen. Versuchen wir wenigstens, ihnen so gegenüber zu treten, wie wir es später einmal von den dann Jüngeren erwarten.



#### Ethische Entscheidungen am Lebensende Vortrag von Dr. Barbara Schubert

Um Würde und gelingende Kommunikation ging es auch im folgenden Beitrag: Frau Dr. Barbara Schubert vom St. Joseph-Stift Dresden widmete sich dem hochaktuellen Thema der ethischen Entscheidungen am Lebensende.

Dabei stellte sie wiederum die Begriffe „Autonomie“ und „Würde“ in den Raum. Autonomie beinhaltet die Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit jedes Menschen, auch im Falle einer Erkrankung. Der Begriff der Würde gesteht bereits seit der Antike jedem von uns bestimmte Grundrechte zu, dazu gehören Menschenrechte, bestimmte Rechtsansprüche oder das Recht auf Teilhabe.

## **Entscheidungen am Lebensende und die Patient – Arzt Beziehung**

Wenn wir über Entscheidungen am Lebensende sprechen, sollten wir uns zunächst die möglichen Verläufe am Ende eines Lebens ansehen.

Bei Menschen mit onkologischen Erkrankungen beobachten wir häufig, dass die letzte Lebensphase sehr rasch abläuft.

Anders ist dies bei Patienten, die unter chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel einer Herzinsuffizienz leiden. Hier verzeichnen wir immer wieder Zustandsverschlechterungen mit nachfolgender Verbesserung, die den Kranken stabil sein lässt, wenn auch auf niedrigerem Niveau.

Ähnlich geht es vielen geriatrischen Patienten, bei denen wir eine stetige Verschlechterung der Funktionalität sehen.

### **Im Spannungsfeld der Autonomie des Patienten und des Paternalismus durch den Arzt**

Therapieentscheidungen werden in allen Lebens- und Krankheitsphasen getroffen im Spannungsfeld der Autonomie des Patienten (die abhängt von Mitwirkungsbereitschaft und Verständnis) und des Paternalismus, also der Autorität des Arztes, die sich auch in seiner Fachlichkeit begründet. Die Verantwortung liegt dabei beim Arzt, der die Indikation stellen und ein realistisches Therapieziel definieren muss.

Die Entscheidung über die Behandlung fällt der kompetente, einwilligungsfähige Patient im Gespräch mit seinem Arzt. Ein mit Hilfe kompetenter Patient wird durch eine Bezugsperson im Entscheidungsprozess unterstützt, ein inkompetenter Patient braucht einen Stellvertreter, der dem Arzt die Entscheidung übermittelt.

Liegt eine Patientenverfügung vor, gilt diese sozusagen als „Gesetz“, Arzt und Bevollmächtigter haben zu prüfen, ob die beschriebene Situation vorliegt und welche Entscheidung dafür gewollt ist. Kann der Patient aktuell seinen Willen eindeutig bekunden, hat dieser Priorität. In der Praxis gehen Kliniken vermehrt den Weg, dass in der Patientenakte Handlungsanweisungen für den diensthabenden Arzt liegen, da dieser den Patienten nicht immer kennt.

Das können Vorgaben zu eventuell notwendigen Intensivmaßnahmen oder zur Reanimation sein oder die Anweisung, ausschließlich symptomlastende Maßnahmen durchzuführen.

### **Wie können Sterbewünsche von Patienten zustande kommen**

Frau Dr. Schubert erläuterte, wie Sterbewünsche von Patienten zustande kommen können.

Diese werden unabhängig von Lebensalter und Erkrankung betrachtet. Besonders Patienten, die sich in Phasen der Aggression oder in einer Depression befinden, äußern den Todeswunsch, ebenso jene, die ihrer Situation zustimmen, sich mit dem scheinbar Unvermeidlichen abfinden.

Dieser Wunsch wird begründet durch Verunsicherung über das Kommende, auch durch die Verstärkung von

Leidensbildern. Die Patienten leiden unter diffusen oder konkreten Befürchtungen, suchen jedoch Sicherheit und fürchten Autonomieverlust.

### **Viele wünschen es sich, eine gewisse Kontrolle über den „Zeitplan des Sterbens“ zu haben.**

Auch bestmögliche Symptomkontrolle führt nicht immer zur Aufgabe des Sterbewunsches. Häufig vermitteln diese Patienten, dass sie so nicht weiterleben wollen.

In dieser Situation steht die Aufgabe, nach Behandlungsalternativen zu suchen.

Dem Patienten fehlen oft Gesprächspartner in der eigenen Umgebung, deshalb gilt ihm der Arzt als wichtigster Partner – nicht zuletzt auch, um die Situation gemeinsam auszuhalten.

Sterbewünsche werden uns von den Patienten verschiedenen angezeigt. Oft sind sie gezeichnet von großem Leid und Verzweiflung, verfallen in eine Depression. Diese Menschen fühlen eine tiefe Lebens- „Sattheit“.

Mitunter kokettieren sie mit dem Tod und provozieren damit die Reaktion des Arztes. Vielen ist die Gesetzeslage nicht klar, deshalb gab die erfahrene Palliativmedizinerin und Geriaterin hierzu nochmals einen Überblick und auch darüber, wie die Situation in Deutschland und im Ausland derzeit gehandhabt wird.

### **Tötung auf Verlangen**

International verzeichnen wir eine steigende Zahl von Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid. In Deutschland befürchtet man einen „Dambruch“, sollte die Gesetzgebung gelockert werden.

In Untersuchungen zur Ernsthaftigkeit bzw. Stabilität des Sterbewunsches (u.a. Elsner und Ko-Autoren, 2010) wurde nachgewiesen, dass ein stabiler und ernsthafter Todeswunsch bei etwa 10% der Patienten besteht, etwa 45% hingegen äußern diesen Gedanken lediglich temporär oder sind sehr ambivalent.

Häufig hingegen besteht die Hoffnung auf raschen Krankheitsverlauf und Eintritt des Todes, wenn dieser unvermeidlich ist.

### **Sterben ist auch Leben!**

Frau Dr. Schubert konfrontierte uns mit der Frage nach der Sinnhaftigkeit grenzenloser Aufklärung der Patienten.

Natürlich besteht das Recht darauf, aber sollte dabei die vollständige Fokussierung auf den (unvermeidlichen?) Tod bestehen? Kann nicht lieber das Leben in den Mittelpunkt gestellt werden, trotz Krankheit, Therapie, Unheilbarkeit? Dies würde dem palliativen Gedanken nahe kommen – denn Sterben ist auch Leben!

In Deutschland ist aktive Sterbehilfe, insbesondere gewerbsmäßige, verboten.

Sogenannte passive Sterbehilfe durch Unterlassen oder Beenden von Therapien ist erlaubt. Suizid und Beihilfe dazu sind straffrei, wenn sie frei und eigenverantwortlich erwirkt werden; allerdings gibt es hierzu unterschiedliche standesrechtliche Bewertungen in den einzelnen Bundesländern.

In einer Umfrage aus dem Jahr 2013 plädierten in Deutschland 58 % der Befragten für die Erlaubnis aktiver Sterbehilfe, dagegen sprachen sich 18% aus, 25% waren unentschieden.

Allerdings sind diese Ergebnisse zu hinterfragen, da aufgrund der Formulierung der Fragen und der offensichtlichen Unklarheit der Begrifflichkeiten (Leid aktiv beenden; Maßnahmen einstellen) eventuell Entscheidungen falsch eingeordnet wurden.

### **Was können Ärzte einem Patienten mit Sterbewunsch anbieten, um sein Leid zu lindern?**

Zunächst sollten Arzt und Patient ihr Therapieziel vergleichen und gegebenenfalls abändern. Es soll geprüft werden, ob bereits die bestmögliche Symptomkontrolle vorhanden ist oder noch nicht alle Optionen ausgeschöpft sind. Behandler, Patient und wenn erforderlich Bevollmächtigte müssen diskutieren, ob der Patientenwille und sein Einverständnis ausreichend erkundet und beachtet werden. Ist es an der Zeit, laufende Therapien jetzt zu beenden?

Als ultima ratio, allerletzte Möglichkeit, kann über eine palliative Sedierung nachgedacht werden. Dabei geht es um eine medizinisch indizierte Option, durch sedierende Medikamente unerträgliches Leid bei therapieresistenten Symptomen durch Bewusstseinsminderung des Patienten zu lindern. Frau Dr. Schubert wies darauf hin, dass dies keine „Komfortlösung“ darstellen darf, um „im Schlaf“ sterben zu können. Durch eine palliative Sedierung darf es ebenso nicht zur Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben kommen. Auch ist zu bedenken, ob der Abschiedsprozess für Angehörige, Patient sowie Behandler und Pflegende eventuell unmöglich wird.

Zum wie immer tief beeindruckenden Vortrag, der auch die sehr persönliche Haltung der Dresdner Palliativmedizinerin ausdrückte, bekamen die Zuhörer natürlich auch noch einen Buchtipp: der amerikanische Psychoanalytiker Irvin D. Yalom rief Mitte der 1970-er Jahre eine Selbsthilfegruppe für Todkranke ins Leben; in „Die Reise mit Paula“ berichtet er darüber.



### **Der Klinikclown**

#### **Vortrag von „Rudolfo“ alias Roland Klein**

Der abschließende Beitrag führte uns vom Schweren zum Leichten: so versprach es der Titel von „Rudolfo“

alias Roland Klein. Der Schauspieler engagiert sich beim Verein Clownsfasen e.V. Leipzig, der mit seinen Klinikclowns in Mitteldeutschland unterwegs ist.

Zunächst verzauberte er die Anwesenden mit Seifenblasen, die angereichert mit Mut, Kraft, Freude und Liebe durch den Saal waberten.

Jeder von uns hat unterschiedliche Assoziationen zum Thema CLOWN. Ein Klinikclown hat vor allem eins: kein Programm!

Meist sind sie zu zweit unterwegs, nach einer Übergabe und Information zu den Patienten durch das Personal kommt es zu spontanen Aktionen im Zimmer. Sie bringen ihr Gefühl als Geschenk mit und erhalten ein ebensolches vom Patienten.

Ein Clown kann das Unaussprechliche aussprechen, auch Unangenehmes, Peinliches. Lachen und Leichtigkeit sind aber auch bei ihm kein Rezept für alle Lebenslagen – manchmal trauert selbst der Clown...

Doch er sagt uns, dass man schwer belastete Menschen nicht vom Lachen ausschließen darf! Wichtig im Alltag ist stets ein „warmes Herz“, die offene Begegnung von Mensch zu Mensch. Und dafür braucht es noch nicht mal einer Clownsfasen, daran sollten wir immer mal wieder denken, nicht nur, wenn wir zu Kranken gehen. Für Rudolfo besteht das Wunder darin, keine Lösung zu haben. Er bleibt da, hält mit aus, übertritt manchmal auch Grenzen.

Wenn das Schwere leicht werden soll, brauchen wir ein offenes Herz, müssen absichtslos in die Begegnung gehen und Impulsen vertrauen. Die mitgebrachten Bilder von der Arbeit der Klinikclowns aus der Kinderonkologie der Leipziger Uniklinik oder auch einer Erwachsenenstation und einem Pflegeheim unterstrichen eindrucksvoll, was der Clown in warmherzigen, klugen Worten ausgeführt hat.

Wer mehr erfahren will, schaue auf die Internetseiten von „Humor hilft heilen“, der Stiftung von Arzt und Kabarettist Eckhard von Hirschhausen, der auch die Leipziger Clowns unterstützt.

DANKE, Rudolfo, für diesen wunderbaren und Mut machenden Abschluss dieses Palliativfachtages.

Natürlich ein ganz großes **DANKESCHÖN** ebenso an die Organisatoren um Vorstandsvorsitzende Annett Berger, die in angenehmer Atmosphäre Wissen vermitteln und Erfahrungen austauschen ließen. Und dass die Teilnehmer die „Pausenbrote“ zu Hause lassen können, dürfte sich inzwischen herumgesprochen haben – ob wohl mancher schon allein wegen des Bäckerkuchens kommt?!

*Kerstin de Schultz  
ist Vereinsmitglied  
und Koordinatorin im  
Hospiz Verein*



*Fotos: Flyer des Fachtages und der  
Klosteranlage*