

Münchner Reihe Palliative Care

Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit

Johanna Anneser/Eckhard Frick (Hrsg.)

Psychosomatische Medizin und Palliative Care

Perspektiven und Ansätze
aus multiprofessioneller Sicht

Kohlhammer

Kohlhammer

Münchner Reihe Palliative Care

Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit

Band 17

Schriftleitung

Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio (federführend)

Prof. Dr. med. Monika Führer (federführend)

Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox (federführend)

Prof. Dr. rer. biol. hum. Maria Wasner (federführend)

Prof. Dr. med. Johanna Anneser

Dipl.-Soz.-Päd. Dipl.-Theol. Josef Raischl

Prof. Dr. theol. Traugott Roser

Prof. Dr. rer. biol. hum. Henrikje Stanze

Eine Übersicht aller lieferbaren und im Buchhandel angekündigten Bände der Reihe finden Sie unter:



<https://shop.kohlhammer.de/muenchner-reihe-palliative-care>

Die Herausgeber

Prof. Dr. med. Johanna Anneser, Neurologin und Palliativmedizinerin, leitet den Funktionsbereich Palliativmedizin, Klinikum rechts der Isar der TU München.

Prof. Dr. med. Eckhard Frick sj, FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiater und Psychoanalytiker, Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der TU München.

Johanna Anneser
Eckhard Frick
(Hrsg.)

Psychosomatische Medizin und Palliative Care

Perspektiven und Ansätze aus
multiprofessioneller Sicht

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewandeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2023

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-036248-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-036249-9

epub: ISBN 978-3-17-036250-5

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med. Johanna Anneser

Funktionsbereich Palliativmedizin
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, TU München
Ismaninger Str. 22, D-81675 München
j.anneser@tum.de

Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio

Lehrstuhl für Palliativmedizin
Universität Lausanne
Chefarzt, Abteilung Palliative Care
Universitätsklinikum Lausanne (CHUV)
Av. Pierre Decker, 5, CH-1011 Lausanne
borasio@chuv.ch

Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. theol. Reinhold Esterbauer

Leiter des Instituts für Philosophie
Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Graz
Heinrichstraße 78, A-8010 Graz
reinhold.esterbauer@uni-graz.at

Prof. Dr. med. Eckhard Frick

Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, TU München
Langerstr. 3, D-81675 München
eckhard.frick@tum.de

Prof. Dr. med. Constanze Hausteiner-Wiehle

Psychosomatik und Psychotherapie
Oberärztin
Neurologie, Klinische Neurophysiologie und Stroke Unit
BG Unfallklinik Murnau
Prof.-Küntscher-Str. 8, D-82418 Murnau
c.hausteiner-wiehle@tum.de

Prof. Dr. rer. soc. Peter Herschbach

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, TU München
Langerstr. 3, D-81675 München
p.herschbach@tum.de

Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, TU München
Langerstr. 3, D-81675 München
p.henningsen@tum.de

Karin Jost

Dipl.-Medienwirtin (FH), Psychodrama-Praktikerin & Coach,
Mitgründerin der Deutschen Akademie für junge Karrieren
Dachauer Str. 4, D-85778 Haimhausen
k.jost@dajuka.de

Dr. Dirk Kratz

Dipl.-Pädagoge, Psychodrama-Praktiker,
Geschäftsführer Therapieverbund Ludwigsmühle gGmbH und
Inhaber von Blick-Zwei – Praxis für Therapie und Entwicklung
Mark-Twain-Str. 8, D-69126 Heidelberg
dirk.kratz@blickzwei.de

Dr. phil. Klaus Lang

Psychologischer Psychotherapeut
Praxis für Psychotherapie
Sendlinger-Tor-Platz 11, D-80336 München
mail@klauslang-online.de

Dr. hum. biol. Jakob J. Müller

Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Psychosoziale Prävention
Bergheimer Str. 54, D-69115 Heidelberg
jakob.mueller@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Yvonne Petersen

Internistin/Palliativmedizin
Memeler Str. 99, D-81929 München
yvonne_petersen@hotmail.com

Heribert Sattel, Dipl.-Psych.

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, TU München
Langerstraße 3, D-81675 München
h.sattel@tum.de

Prof. Dr. med. et phil. Gabriele Stotz-Ingenlath

Katholische Stiftungshochschule München (KSH)
Preysingstraße 83, D-81667 München
gabriele.stotz-ingenlath@ksh-m.de

Tamara Thurn, Dipl.-Psych.

Fachpsychologin Palliative Care (BDP-DGP), Psychologische Psychotherapeutin
Funktionsbereich Palliativmedizin
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, TU München
Ismaninger Str. 22, D-81675 München
tamara.thurn@mri.tum.de

Prof. Dr. phil. Ralf T. Vogel

Psychotherapeut, Honorarprofessor für Psychotherapie und Psychoanalyse an der
HfBK Dresden
Privatpraxis für Psychotherapie und Supervision
Uhlandstr.11, D-85055 Ingolstadt

Geleitwort

von Peter Henningsen

Die Palliativmedizin ist in Deutschland mittlerweile aus der klinischen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Aber nicht nur in der Versorgung der Patienten, auch in Forschung und Lehre und damit an den medizinischen Fakultäten hat sie inzwischen ihren Platz.

Palliativmedizin kümmert sich um Patienten mit nicht mehr heilbarer Erkrankung in somatischer, psychischer, sozialer und auch spiritueller Hinsicht. Sie hat – wie das bei erfolgreichen Kindern so ist – viele klinische Väter und Mütter aus Medizin und Pflege, von Anästhesie über Onkologie bis Neurologie sind verschiedene Fächer dabei. Sie hat aber auch Geschwister, und als ein solches hat sich die Psychosomatische Medizin entpuppt – denn diese ist mittlerweile nicht mehr einseitig auf »psychogene Erkrankungen«, sondern genauso wie die Palliativmedizin genuin bio-psycho-sozial ausgerichtet, kümmert sich um den Patienten in psychischer, somatischer und sozialer – und oft auch in spiritueller – Hinsicht.

In der von Gian Domenico Borasio begründeten Münchner Tradition der akademischen Palliativmedizin konnte diese Geschwisterschaft besonders deutlich werden. Prof. Borasio hat wesentlich dazu beigetragen, dass die Geschwister am Universitätsklinikum rechts der Isar der TU München unter einem Dach leben: der Palliativmedizinische Dienst und jetzt auch die Palliativstation sind dort an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie angesiedelt, zu der auch eine Forschungsstelle für Spiritual Care gehört.

Aber Strukturen allein sind es nicht, auf die Personen kommt es an: Die Herausgeber dieses Buchs, Prof. Johanna Anneser und Prof. Eckhard Frick, sie Neurologin, Palliativmedizinerin und Leiterin der Palliativmedizin am Klinikum rechts der Isar und er Psychosomatiker, Psychoanalytiker, Philosoph, und Leiter der Forschungsstelle Spiritual Care, verkörpern die Nähe von Palliativ- und Psychosomatischer Medizin in besonderer Weise. Sie konnten für dieses Buch erfahrene und renommierte Autorinnen und Autoren gewinnen, die typische palliativmedizinische Themen in der besonderen Perspektive der Psychosomatik und Psychotherapie beleuchten. Damit belegt dieses Buch, dass Geschwister nicht nur gut unter einem Dach zusammenleben, sondern auch sehr produktiv zusammenarbeiten können – ich wünsche ihm den verdienten Erfolg und allen Lesern und Leserinnen bereichernde Erfahrungen im genaueren Kennenlernen dieser Geschwisterperspektive.

Im Herbst 2022

Peter Henningsen

Geleitwort

von Gian Domenico Borasio

Die noch junge Geschichte der Palliativmedizin ähnelt der der meisten medizinischen Fachdisziplinen. Jedes neue Fachgebiet in der Medizingeschichte musste anfangs seine Eigenständigkeit gegen die alteingesessenen Fächer und die damit verbundenen Machtstrukturen durchsetzen. So durfte zum Beispiel vor etwa 100 Jahren der erste Lehrstuhlinhaber des neuen Faches Kinderheilkunde an der Berliner Charité nicht mit den anderen Ordinarien zu Mittag essen; der erste Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin in München durfte sich sein ärztliches Personal nicht selbst aussuchen, sondern bekam es von der Anästhesie und der Onkologie zugeteilt.

In Deutschland sind es justament die Anästhesie und die Onkologie, welche die Elternschaft (und das »Sorgerecht«) über die Palliativmedizin für sich reklamieren. Erstere begründet ihren Anspruch mit der zentralen Rolle der Schmerztherapie in der Palliativmedizin, Letztere auf das Überwiegen von Krebspatienten in Palliativ-einrichtungen. Bei Lichte besehen, halten beide Ansprüche einer Überprüfung durch die Realität nicht stand: Nur 25 % der Menschen sterben an Krebs, und die Schmerztherapie macht nur ca. ein Sechstel der Palliativbetreuung aus. Aber es geht hier ja nicht primär um Argumente, sondern um Macht und Geld, wie auch sonst im Gesundheitssystem.

Die Psychosomatik und die Palliativmedizin haben in dieser Hinsicht mehr als eine Gemeinsamkeit, weshalb die Bezeichnung als »Schwesterdisziplinen« (► Geleitwort von Prof. Henningsen) sehr passend erscheint. Drei der wichtigsten Berührungspunkte seien im Folgenden kurz skizziert:

Beide Disziplinen basieren auf einem *bio-psycho-sozio-spirituellen Verständnis* von Krankheit und Gesundheit. Dies unterscheidet sie von allen anderen Fachgebieten der Medizin, die so tun, als ob man Körper und Seele sauber voneinander trennen könnte. Die dadurch verursachten Schäden, immense Kosten und das viele unnötige Leiden sind jedem ersichtlich, der sich unser hochspezialisiertes Gesundheitssystem aus der Nähe anschauen möchte.

Beide Disziplinen sind zutiefst und strukturell *multi- und interprofessionell* angelegt. Psychologinnen und Therapeuten, Pflegende, Sozialarbeiterinnen und Seelsorger spielen in der Psychosomatik und in der Palliativmedizin wesentliche Rollen und arbeiten auf Augenhöhe mit den Ärztinnen. Auch dies ist für die übrige, starr hierarchische und iatrozentrische Medizin schwer nachzuvollziehen.

Und schließlich sind beide Disziplinen für das Gesundheitssystem auf erfrischende Art und Weise *unbequem*, weil sie unangenehme Wahrheiten aussprechen und aufmüpfige Fragen stellen, wie etwa: »Ist alles in der Medizin sinnvoll, bloß weil es machbar ist?«. Das hat logischerweise zur Folge, dass beide Disziplinen eher

toleriert als geliebt werden, was sich unter anderem darin zeigt, dass sie bei weitem nicht an allen Universitäten in Deutschland adäquat akademisch repräsentiert sind.

Daher ist die Verschwesterung der beiden Fachgebiete, wie sie erfolgreich an der TU München, aber auch zum Beispiel an der Universität Basel gelebt wird, eine innovative und spannende Verbindung, die zur gegenseitigen Befruchtung und Horizonterweiterung führen kann. Der vorliegende Band ist ein sehr schöner Ausdruck davon und wird den geneigten Leserinnen und Lesern viel Freude und Erkenntnisgewinn bereiten.

Lausanne/München, im Herbst 2022

Gian Domenico Borasio

Inhalt

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	5
Geleitwort	8
<i>von Peter Henningsen</i>	
Geleitwort	9
<i>von Gian Domenico Borasio</i>	
Statt eines Vorworts – ein Dialog	13
<i>zwischen Johanna Anneser und Eckhard Frick</i>	
1 Total pain – Was die Psychosomatik von Cicely Saunders lernen kann	18
<i>Eckhard Frick</i>	
2 Ein blinder Fleck? – Funktionelle Beschwerden und Bodily Distress bei Todkranken und Sterbenden	30
<i>Constanze Hausteiner-Wiehle, Heribert Sattel und Eckhard Frick</i>	
3 Psycho-existenzielles Leiden am Lebensende	47
<i>Tamara Thurn</i>	
4 Depression und Demoralisierung	59
<i>Gabriele Stotz-Ingenlath und Eckhard Frick</i>	
5 Der Leib des sterbenden Menschen	75
<i>Reinhold Esterbauer</i>	
6 Das Delir – eine psychosomatische Erkrankung in der Palliativmedizin?	85
<i>Johanna Anneser</i>	
7 Kommunikation am Lebensende – Die Hoffnung stirbt zuletzt	96
<i>Peter Herschbach</i>	

8	Bindungstheorie als Grundlage psychotherapeutischer Interventionen in der Palliativmedizin	103
	<i>Yvonne Petersen und Jakob J. Müller</i>	
9	»Wozu leben?« – Sinnzentrierte Interventionen in Palliative Care	122
	<i>Klaus Lang</i>	
10	Psychoanalytisch orientierte Supervision in palliativen Kontexten	139
	<i>Ralf T. Vogel</i>	
11	Eine Szene, die bleibt – Chancen des Klassischen Psychodramas im palliativen Kontext	148
	<i>Karin Jost und Dirk Kratz</i>	
12	Wie palliativ ist die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie?	162
	<i>Eckhard Frick</i>	
13	Moralischer Stress bei der Betreuung von Patienten am Lebensende – Implikationen für die Lehre im Fach Palliativmedizin	173
	<i>Johanna Anneser und Tamara Thurn</i>	
	Sachwort- und Personenregister	183

Statt eines Vorworts – ein Dialog

zwischen Johanna Anneser und Eckhard Frick

Eckhard Frick: Psychosomatische und Palliative Medizin seien Geschwister, sagt Peter Henningsen. Wo ist denn da der Familienzusammenhalt, um welches Thema geht es in dieser Familie?

Johanna Anneser: Geschwister sind manchmal ähnlicher, manchmal verschiedener. Sie verstehen sich oft unterschiedlich gut, manchmal ist es auch ganz harmonisch. Gelegentlich gibt's Auseinandersetzungen. So wird es wahrscheinlich auch mit der Geschwisterschaft zwischen medizinischen Fachrichtungen sein. Wie ist das nun bei Psychosomatischer Medizin und Palliativmedizin? Ich glaube, der wesentliche Punkt, der »Familienzusammenhalt« ist, dass sich beide Fachrichtungen bemühen, den Menschen – um jetzt psychosomatisch zu sprechen – in seinem bio-psycho-sozialen Zusammenhang zu verstehen. Sie versuchen herauszufinden, was er oder sie als Person in einer konkreten Situation und in all diesen unterschiedlichen Aspekten gerade braucht. Gleichzeitig versuchen beide, bei diesem Blick aufs Ganze auch die Details zu beachten – oder wie Cicely Saunders es formuliert hat: *attention to detail*. Das geht am besten im multi-professionellen Behandlungsteam, wo die Behandler auch aufeinander hören.

Eckhard Frick: Dieses berühmte bio-psycho-soziale und vielleicht sogar auch -spirituelle Modell wird ja von wenigen bestritten. Aber was heißt das in der technischen, ökonomischen und organisatorischen Realität so eines High-Tech-Klinikums? Wie lässt sich da Palliative Care implementieren?

Johanna Anneser: Der kontroverseste Punkt des bio-psycho-sozialen Modells im High-Tech-orientierten Gesundheitssystem ist vermutlich der soziale Aspekt, der ja das Umfeld des Patienten, die Angehörigen oder Zugehörigen mit einschließt. Hier ist sicher nicht nur in der Palliativmedizin, sondern vor allem in vielen anderen Bereichen noch ein längerer Weg zu gehen. Aber ich glaube, dass es in der Palliativmedizin dazu gute Ansätze gibt, die zum Teil auch vorbildhaft sein könnten. Wenn man die ökonomische Seite ansieht, so gibt es in der Palliativmedizin Abrechnungsziffern, in die Leistungen, die an An- und Zugehörigen erbracht wurden, mit einfließen, beispielsweise Gespräche, die mit diesen geführt werden, erhöhen dann den erzielten Erlös – das ist in vielen anderen Fachbereichen nicht so. Allerdings zweifle ich manchmal daran, ob die Sichtweise eines bio-psycho-sozialen Modells und dessen Bedeutung bei den Kostenträgern schon zur Gänze angekommen ist. Ich erinnere mich an einen Patienten, nach dessen Versterben wir abschließend Gespräche mit den Angehörigen geführt und diese für die Abrechnung auch dokumentiert haben. Diese Leistungen wurden dann von der Krankenkasse gestrichen mit der lapidaren Begründung, dass die Leistungspflicht des Kostenträgers mit dem Tod des Versicherten erlischt.

Eckhard Frick: Das Erlöschen der Leistungspflicht mit dem Versterben ist ein auffälliges Stichwort. Spiritualität hat es ja mit Transzendenz zu tun. Unser Menschsein geht auch über solche Grenzen hinweg. Trauer, Erinnerung, Auseinandersetzung mit dem Tod gehören zum Leben. Es scheint in den Kosten-Überlegungen schwer abzubilden zu sein, dass all das zum Leben gehört. Auch die Trauer, gewissermaßen die Nacharbeit und die bleibende Präsenz eines verstorbenen Menschen gehört zu unserem Leben, ist nicht einfach zu Ende mit dem Feststellen des Todes.

Johanna Anneser: Ja, ganz genau. Andererseits ist die Bedeutung von Spiritualität und Spiritual Care, wie wir wissen, ja nicht beschränkt auf die Palliativmedizin, sondern hat mit allen Lebens- und Krankheitsphasen und allen medizinischen Fachrichtungen zu tun. Das müsste allerdings erst einmal in die Köpfe, seien es jetzt die der Ärzte, des Pflegepersonals als auch in die Köpfe derer, die die Finanzierung in Händen halten. Vorerst ist aber die Palliativmedizin die einzige Fachrichtung, die spirituelle Bedürfnisse in ihrer Definition aufführt und als integralen Bestandteil betrachtet – so ist es ja auch in der Definition der WHO von »*Palliative Care*« aufgeführt. Wie das dann im Einzelfall funktioniert, ist natürlich wieder sehr unterschiedlich gelebt. Es gibt da die aktuelle Diskussion der Abrechenbarkeit von spiritueller Begleitung bei Palliativmedizin. Da gab es einige Urteile, die ja sehr positiv waren.

Eckhard Frick: Trotz des Rollbacks nach den Urteilen der Sozialgerichte...

Johanna Anneser: ... ja: positiv war dann das darauffolgende Engagement der beiden großen Kirchen, die genauso wie wir in der Palliativmedizin in ihrer Stellungnahme sagen: Spiritual Care ist Teil der Behandlung und diejenigen, die diese Leistung erbringen, sind Team-Mitglieder. Dies muss dann auch in die Dokumentation und Abrechnung einfließen können. Was meinst Du: welche Initiativen brauchen wir, damit Spiritual Care besser berücksichtigt wird?

Eckhard Frick: Wir haben von spirituellen Bedürfnissen kranker Menschen gesprochen. Die gibt es nicht nur in der Palliativmedizin, wir haben sie z. B. gerade in einer großen internistisch-chirurgischen Notfallambulanz untersucht (Büssing et al. 2021; Frick et al. 2021). Darüber hinaus müssen wir auch an die spirituellen Bedürfnisse der Mitarbeitenden denken, also an ihre Motivation. Alles, was sie stärkt, was sie an spirituellen Ressourcen mitbringen, selbstverständlich in der ganzen Pluralität, die den Begriff »Spiritualität« ausmacht. Welche Kraftquellen haben Menschen, damit sie diese anstrengenden Berufe ausüben können? Und zwar nicht nur in der Begeisterung der ersten Jahre, sondern ein langes Berufsleben lang. Da denke ich ganz besonders an die Pflege. Pflegenotstand ist nicht nur ein Problem der Finanzen, also der Unterbezahlung der Pflege hierzulande, sondern hängt auch von der Art ab, wie die Pflege eingesetzt wird, wie die persönlichen Ressourcen gefördert werden. Da sind beide Bereiche Vorreiter, sowohl Palliativ- als auch psychosomatische Medizin, wegen des interprofessionellen Charakters und der hohen Bedeutung der Pflege, die keineswegs überall so ist. Der Beitrag könnte sein, auf die Ressourcen der Mitarbeitenden zu schauen und ganz ähnlich wie Cicely Saunders, von der *Unit of Care* spricht, auf das *Caring* für die *Carers* zu achten.

Johanna Anneser: Noch ein anderer Punkt: Unsere Klinik heißt ja »für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie«. Was kann denn die Palliativmedizin lernen von der Psychotherapie?

Eckhard Frick: Ich denke, in erster Linie das Verstehen von Beziehungen und von Geschichten, von Ereignissen, die sich zwischen Menschen abspielen. Psychotherapie ist ja eine sehr arme Art von Medizin. Wir haben keine Medikamente. Wir können eigentlich nur reden und zuhören. Es gibt zwar auch übende, leiborientierte und kreative Elemente. Aber im Wesentlichen geht es über die Sprache. Also: Welche Ressourcen, welche Probleme bestehen aktuell in der Familie der Patienten und Patientinnen oder aber in ihrer Erinnerung, welche in ihrem Beruf, in ihrem sozialen Umfeld? Was gibt es da zu klären? Wo haben sich vielleicht sogar Störungen gebildet? Im Sinn von Angststörungen oder depressiven Störungen oder auch der sogenannten funktionellen Störungen? Um Verstehen geht es aber auch, wenn eine Patientin oder ein Patient »aus der Beziehung aussteigt«, z. B. ins Delir rutscht und nicht mehr erreichbar ist. Dann denken viele nur: Jetzt müssen wir Medikamente geben, was natürlich notwendig sein kann. Andererseits: Gerade dann hat auch Psychotherapie eine Chance, wenn wir nichts verstehen, nicht mit dem Anspruch daherkommen, alles zu psychologisieren. In Situationen, wo der zerebrale Zustand gewissermaßen die Führung übernimmt und z. B. er oder sie nicht mehr in der Lage ist, klar am Gespräch teilzunehmen. Auch das sind wichtige Momente, weil wir auch da das Team unterstützen können und, je nach Krankheitsverlauf den Patienten unterstützen, wieder in die Normalität der Beziehungen zurückzukehren. Ein wichtiges interdisziplinäres Gebiet ist auch die Sinnsuche kranker Menschen und ihrer Familien und vor allem die Auseinandersetzung mit der Sinnlosigkeit. Das hat einen spirituellen und einen psychotherapeutischen Aspekt, ohne dass man beide Seiten gegeneinander ausspielen darf. Deshalb entwickeln wir jetzt gemeinsam das Projekt »legacy«: Was wollen Sterbende noch erledigen, was wollen sie als Vermächtnis hinterlassen? Welchen Raum und welche Unterstützung brauchen sie dazu?

Johanna Anneser: Die »legacy« hat dann schon was mit der Bezogenheit, mit der Relationalität zu denen, die dableiben, zu tun. Gäbe es da nochmal verstärkt eine Rolle für Psychotherapie oder Spiritual Care, was die Angehörigen betrifft? Könnte man sich da vielleicht vorstellen, präventiv zu arbeiten, dass die Menschen mit dem Verlust, der ja dann unvermeidlich auftritt, besser zurechtkommen?

Eckhard Frick: Innerhalb der Psychotherapie gibt es familientherapeutische Ansätze, z. B. die systemische Therapie, die nicht nur auf den individuellen Patienten schauen, was wir meistens auch in der Medizin machen, siehe unser Beispiel der Abrechnung von Trauerbegleitung, sondern immer systemisch vorgehen, also den Patienten innerhalb eines Kontextes sehen, innerhalb einer *Unit of Care*. Und über das Professionelle hinaus gibt es das Selbsthilfe-Potenzial. Also: Wie können wir Räume zur Verfügung stellen, dass Menschen sich auch selbst organisieren, voneinander wissen, sich in Gruppen zusammentun und sich gegenseitig unterstützen? Da haben wir eher eine Hebammenfunktion, spielen nur die zweite Geige. Denn wir müssen das nicht als Profis in der Hand behalten, sondern vielmehr anregen und bestärken, wie wichtig dieses Selbsthilfepotenzial ist: In der sozialen Unterstützung, in ganz konkreten Dingen und dann auch in den Fragen, die du ansprichst, in der Verarbeitung der Trauer, also sowohl dieses Abschieds, wenn Menschen sehr schwer krank sind und sich das Sterben abzeichnet.

Noch einmal zum »Geschwisterpaar« Palliativmedizin und Psychosomatische Medizin: Wo können sich beide in der Forschung unterstützen?

Johanna Anneser: Palliativmedizin hat in jedem Haus, in dem sie etabliert ist, eine andere Färbung, ein eigenes Erscheinungsbild. Das hängt vor allem auch damit zusammen, dass die komplett eigenständigen palliativmedizinischen Kliniken und Abteilungen in der Minderheit sind. Die meisten palliativmedizinischen Einheiten sind an eine andere Klinik angegliedert. Ich glaube, es macht schon einen Unterschied, ob man als Palliativmedizin Teil einer onkologischen Klinik, einer Anästhesiologie, Neurologie, Strahlentherapie oder eben einer Psychosomatik ist. Das wird die klinische Arbeit und auch die Forschungsinteressen prägen. Wir werden in den kommenden 10–20 Jahren weitersehen, wie diese Kooperation zwischen den einzelnen Fachrichtungen, in unserem Fall mit der Psychosomatik, wiederum Auswirkungen auf die Palliativmedizin selber hat: auf die Form, wie dieses sich entwickelnde und sich weiterentwickelnde Fach gelebt werden wird und sich aus den »Mutterkliniken« auch emanzipiert.

Eckhard Frick: Das sind ja auch wissenschaftspolitische Fragen. Palliativmedizin ist ein recht junges Fach und wie bei allen jungen Fächern gibt es da auch entweder entwicklungsfreudige Geschwister oder andere, die sagen: »Was will denn die jetzt hier, die kleine Schwester? Das haben wir doch bisher alles gut selbst gemacht. Was soll denn jetzt eigentlich dieser neue Ansatz?« Das kann auch erst einmal stören, weil es da jemanden gibt, der neue und eigene Sachen einbringt. Gibt es schon Anzeichen, wie diese Entwicklung gerade in der universitären Palliativmedizin verlaufen wird?

Johanna Anneser: Meines Erachtens wird die spannendste Entwicklung nicht in den Fragen der Symptomkontrolle liegen. Ich glaube, Schmerzen, Atemnot, die meisten körperlichen Symptome bekommt man mittlerweile ganz gut in den Griff – aber natürlich gibt es auch da noch Verbesserungsmöglichkeiten. Hier sind wir relativ weit. Ich glaube, das Spannendste wird die weitere Auseinandersetzung mit ethischen Fragen und auch mit spirituellen Fragen sein. Es bleibt die Auseinandersetzung mit den existenziellen Fragen: Die Unausweichlichkeit des Todes und das Leben mit der Gewissheit des möglicherweise sehr bald eintretenden Todes, der Verlust von geliebten Angehörigen. Wie kann ich die Situation bewältigen, sodass für die einen das Leben weitergeht und für die anderen, die gehen müssen, das möglichst nicht in vollkommener Verzweiflung und als Katastrophe erlebt wird.

Eckhard Frick: Wenn ich zurückdenke an meinen eigenen medizinischen Werdegang, kann ich da schon mit einer historischen Betrachtung aufwarten. Ich erinnere mich an chirurgische Visiten, ganz hinten im kleinen Zimmer war ein Patient, wo das Tumorleiden die Bauchwand perforierte. Dort wurde kaum Visite gemacht, kaum mit ihm gesprochen. Vor der Tür hieß es dann; »nur noch palliativ!«. Ich habe im Studium das Wort »palliativ« meistens mit dem Zusatz »nur noch« gehört ...

Johanna Anneser: ... oder dieses doch sehr schlimme Wort der Minimaltherapie. »Wir machen nur mehr Minimaltherapie« oder: »Der Patient verstarb unter Minimaltherapie«. Das erkennt völlig, dass Palliativmedizin in den meisten Fällen gar keine Minimaltherapie ist, sondern oft hoch aufwändig sein kann, was sich ja darin

widerspiegelt, dass Palliativstationen, die den Namen auch verdienen, personell ausgerüstet sein müssen.

Eckhard Frick: Ja, in der Palliativmedizin geht es zwar um Trauer und um eine Haltung der Abschiedlichkeit, aber nicht um Niedergeschlagenheit oder eine permanente Depression. Es ist ein dynamisches Feld, das deshalb gut zur Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie passt.

Johanna Anneser: Das stimmt. Zur Abschiedlichkeit und dem Traurig-Sein am Lebensende gehört durchaus auch das Lachen und der Humor. Ich denke, dass viele in *Palliative Care* tätige Menschen bestätigen können, dass es auf einer Palliativstation oft erstaunlich fröhlich zugeht. Und auch das ist vielleicht ein gemeinsames Merkmal der beiden Fächer: das interessierte Mitgehen mit unseren Patienten und ihren Zugehörigen, eben auch durch verschiedene Höhen und Tiefen. Etwa so wie Thomas Mann den Protagonisten Hans Castorp im »Zauberberg« erkennen lässt: Alles Interesse an Krankheit und Tod ist nur ein anderer Ausdruck für das Interesse am Leben.

Literatur

- Büssing A, Wapler C, Dodt C, Beivers A, Härtl K, Frick E (2021) Spiritual needs of patients' relatives. In: A. Büssing (Hrsg.) *Spiritual needs in research and practice*. S. 397–406. Cham: Springer.
- Frick E, Büssing A, Rodrigues Recchia D, Härtl K, Beivers A, Wapler C, Dodt C (2021) Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums. *Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin* 116: 245–253.

1 Total pain – Was die Psychosomatik von Cicely Saunders lernen kann

Eckhard Frick

1.1 Für das ausgeschlossene Subjekt sorgen

Gesellschaftliche Diskurse dienen der Machtausübung durch äußere Kontrolle (z. B. Verbote), durch innere Kontrolle (z. B. Beschränkung der Gegenstände oder Methoden innerhalb einer Disziplin) sowie durch Verknappung und Zulassungsbeschränkung der Diskursberechtigten (Foucault 1972/1991). Die Fortschritte der wissenschaftlich begründeten Medizin, insbesondere die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten (seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts) wurden dadurch erkauft, dass der kranke Mensch zugunsten der Krankheit aus dem medizinischen Diskurs ausgeschlossen und in ein Objekt der Medizin transformiert wurde.

Für die Vorgeschichte der psychosomatischen Medizin spielt der medizinische Hysterie-Diskurs eine wichtige Rolle. So identifizierte der Neurologe Jean-Martin Charcot (1825–1893) innerhalb der unter Anfällen leidenden Patientinnen diejenigen, deren Symptomatik durch Hypnose beeinflussbar war, die unter hysterischen (pseudo-epileptischen) Anfällen litten. Die diesbezügliche ärztliche Macht liegt nicht nur in der Fähigkeit zur Suggestion und De-Suggestion und im hypnotischen »Rapport« der Patientinnen zum Hypnotiseur, Vorläufer des psychoanalytischen Übertragungsgeschehens. Vielmehr hatte Charcots diagnostische und therapeutische Autorität auch die Konsequenz, den Hysteriediskurs zu begründen *und* das Leid der »Nervösen« aus der Neurologie auszuschließen.

In der gegenwärtigen medizinischen Praxis und Lehre wird dieser Ausschluss durch mehrere Diskurs-Strategien fortgeführt: Marginalisierung oder sogar völliges Verschweigen der Thematik, durch Bestreitung des Krankheitswertes von Beschwerden, Gleichsetzung mit Simulation, massive Entwertung der betroffenen Patientinnen und Patienten (Schimak 2014). »Subjektiv« heißt in dieser Argumentation: nicht fassbar oder sogar nicht glaubwürdig.

Der genannte diskursive Ausschluss betrifft nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch die Subjektivität von Ärztinnen und Ärzten: Auch der Arzt handelt nicht mehr als Subjekt innerhalb der therapeutischen Beziehung, sondern als Agent des herrschenden Diskurses, sodass Lebrun (2017) von einem »doppelten Ausschluss« des Subjektes spricht. Durch die Abstraktion von der Singularität des Subjekts vermag die evidenzbasierte Medizin Symptome des einzelnen Kranken als Zeichen einer Krankheit einzuordnen und aufgrund von an vielen Patienten durchgeführten empirischen Studien zu behandeln, was vielen Individuen zugutekommt (Generalisierung von Diagnose, Prognose und Therapie).