

Sehr geehrte Damen und Herren!



Für mich als Anästhesiologin, Intensivmedizinerin, Schmerztherapeutin und Fachärztin für Palliativmedizin beschreibt das in diesem Newsletter der Stiftung dargestellte Konzept der Vier Schmerz-Dimensionen sterbender Menschen etwas ganz Wichtiges.

Die große alte Dame der Palliativmedizin, Cicely Saunders, definiert darin bereits in den 1960er Jahren, dass Schmerz physisch, psychisch, sozial und spirituell erfahren werden kann.

Diese vier Dimensionen wahrzunehmen, braucht eine „innere Bereitschaft“ der medizinisch und pflegerisch Versorgenden und auch der Angehörigen, um offen zu sein für diese Ebenen, sie kennenzulernen und mit ihnen umzugehen.

Das verlangt viel Einfühlung, Gespür und eine hohe Kommunikationsfähigkeit auf „Augenhöhe“ mit allen Beteiligten.

Das Motto „Ich sehe Dich“, mit dem sich die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und die in der Stiftung Evangelische Altenheime tätigen Mitarbeitenden in den drei Heimen quer durch alle Leistungsbereiche ihren Bewohnern zuwenden, drückt wunderbar aus, worauf es ankommt.

Hinschauen, hinhören, hinspüren und für das Gegenüber da sein – mit Respekt und Empathie.

Ihre

Dr. med. Carola Maitra

Sektionsleiterin Schmerztherapie an der
Orthopädischen Klinik Markgröningen und
Vorsitzende der Ärzteschaft Ludwigsburg



Die Christophorus-Statue im Garten der Stiftung

Vier Dimensionen des Schmerzes

Gemeinsam Schmerzen lindern

Frei von Schmerzen aus dieser Welt gehen – das ist für viele Menschen ein großer Wunsch. In der Palliative Care spielt Schmerzbehandlung deshalb eine wichtige Rolle. Dabei geht es neben dem körperlichen Schmerz auch um soziale, psychische und spirituelle Schmerzen. Ute Jetter, Pflegedienstleitung, Adelheid Bauer, Seelsorgerin, Marco Coelho, Pflegefachkraft, Irmgard Rathgeb, Sozialdienst, (alle in der Stiftung Evangelische Altenheime) und Dr. Christoph Küenzlen (Mediziner und Mitbegründer der Spezialisierten Ambulanten Patientenversorgung (SAPV) im Klinikum) sprechen über die verschiedenen Schmerzformen und Wege, wie man sie lindern kann.

Wenn von Schmerz am Ende des Lebens die Rede ist, denken viele zunächst an körperliche Schmerzen ...

Ute Jetter: Stimmt. Das war vor Palliative Care die Regel. Ich kann mich erinnern, dass Ärzte hin und wieder sagten: „Das kann nicht sein, dass dieser Mensch schon wieder Schmerzen hat. Er oder sie hat doch gerade erst ein Medikament bekommen.“ In der Pflege haben wir damals schon gespürt, dass es noch andere Ursachen gibt. Aber wir konnten es noch nicht so klar benennen.

Dr. Christoph Küenzlen: Körperlicher Schmerz hat fast immer auch psychische, soziale oder

spirituelle Komponenten. Es gibt da eine enge Wechselbeziehung. Oft kann man nicht sagen, welcher Schmerz zuerst da war. Deshalb ist es sinnvoll, wenn ein multiprofessionelles Team zusammenarbeitet.

Wie äußern sich diese verschiedenen Formen des Schmerzes?

Adelheid Bauer: Es kann vorkommen, dass jemand über Magenschmerzen oder Herzschmerzen klagt, obwohl man dafür medizinisch keine Ursache findet. Manche Menschen entwickeln auch eine innere Unruhe. Als Seelsorgerin nehme ich mir für diese Menschen Zeit. Im Gespräch oder Gebet kommen manchmal Dinge zutage, die verschüttet waren.

Irmgard Rathgeb: Manchmal sind das Konflikte, die noch nicht gelöst sind. Es kann aber auch Einsamkeit sein. Die Menschen klagen dann: Warum bin ich so ausgeschlossen vom Leben? Warum werde ich von meiner Familie nicht mehr wahrgenommen? Das sind echte Schmerzen.

Adelheid Bauer: Es kann auch schmerzvoll sein, wenn man die Kontrolle über das eigene Leben abgeben muss. Wenn man nicht mehr selber einkaufen, sich nicht mehr alleine waschen kann. In dieser Situation brauchen viele Menschen jemanden, der sie auffängt.

Marco Coelho: Wenn Menschen mit Gott hadern, haben manche einen speziellen, verzweifelten Blick. Aus diesem Hadern können sich meiner Erfahrung nach auch Schmerzen entwickeln – Rückenschmerzen, Magenschmerzen, Magen-Darm-Pro-

bleme oder Appetitlosigkeit. Es ist alles ein Kreislauf.

Gibt es einen solchen Dominoeffekt, dass eine Schmerzform die andere auslöst?

Dr. Christoph Küenzlen: Ja, das kann geschehen. Wenn ein Patient zum Beispiel keine soziale Zugehörigkeit mehr erfährt, kann das körperliche Schmerzen verstärken. Umgekehrt erlebe ich immer wieder, dass die Bedarfsmedikamentation niedriger ist, wenn vertraute Menschen um den Patienten sind. Das können Angehörige, aber auch Pfleger sein.

Gegen körperliche Schmerzen gibt es Schmerzmittel. Was hilft gegen sozialen, spirituellen oder psychischen Schmerz?

Adelheid Bauer: Im Sozialen Dienst nehmen wir uns Zeit und hören zu, was jemand sagen möchte. Das ist mehr als ein passiver Akt, es ist eine Form der Wertschätzung. Bei Bedarf gehe ich auch auf die Pflege oder die Seelsorge zu. Wir arbeiten eng zusammen.

Marco Coelho: In der Pflege können wir zum Beispiel durch Licht und Wärme Therapien unterstützen. Wir wissen, was den Menschen guttut, was sie beruhigt und entspannt. Das können zum Beispiel UV-Licht, eine Wärmflasche oder eine Handmassage sein. Ich sehe die Wirkung daran, dass wir weniger Schmerzmittel benötigen.

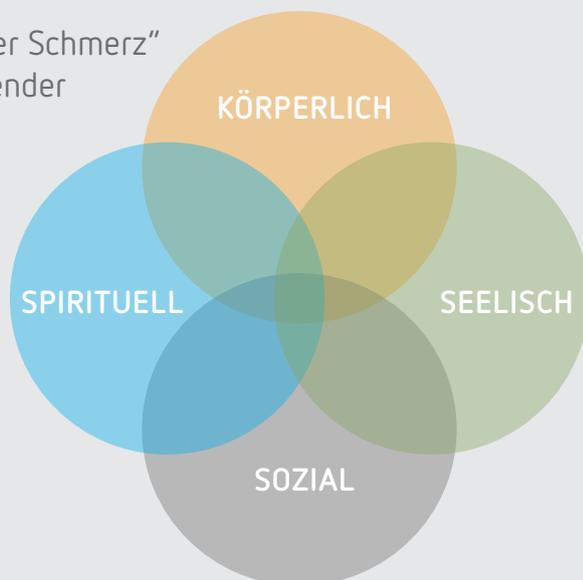
Adelheid Bauer: In der Seelsorge spielt es natürlich eine Rolle, ob jemand gläubig ist oder mit der Kirche nichts zu tun haben möchte. Aber selbst in diesen Fällen gibt



es Möglichkeiten. Es kann zum Beispiel hilfreich sein, ein Ritual zu finden, das Halt gibt. Auch die Gemeinschaft mit anderen kann stärken. Ich habe es schon erlebt, dass Leute während der Hausandacht demonstrativ alleine im Speisesaal sitzenblieben. Im Laufe der Zeit rückten sie dann immer näher.

Irmgard Rathgeb: Am Lebensende entwickelt sich manchmal eine schmerzhaft Sehnsucht, noch einmal am Leben teilzuhaben – nur ein ganz kleines bisschen. Manche möchten noch einmal Spätzle essen oder einfach nur einen Kaffee trinken. Das sind auf den ersten Blick Kleinigkeiten, aber sie sind sehr bedeutsam.

„Totaler Schmerz“
Sterbender



Die vier Dimensionen des Schmerzes

Nach der Palliative Care-Pionierin Cicely Saunders ist körperlicher Schmerz verbunden mit dem Leid, das aus Ängsten, dem Gefühl des Ausgeliefertseins, der Isolation und der Ungewissheit erwächst:

- Den **körperlichen Schmerz** zu stillen, heißt „nur“ ein medizinisches, nicht aber ein menschliches Problem zu lösen.
- Der **seelische Schmerz** meint bei Sterbenden besonders die Befürchtung, mit Ängsten und Problemen allein zu sein.
- **Sozialer Schmerz** entsteht, wo man Nahestehende und Helfer, die das Sterben aushalten und verstehen, vermisst.
- Der **spirituelle Schmerz** entzündet sich an der Frage nach dem Sinn des Lebens, Leidens, Sterbens.

Dieser Art von ‚totalem Schmerz‘ kann nur ein interdisziplinäres Team fachkundig begegnen, dem Pflegekräfte, Mediziner, Sozialarbeiter, Seelsorger gleichermaßen angehören – im Rahmen von professioneller Palliative Care.



Sterben – das ist in der Regel ein Prozess, ein Weg, eine Strecke, die zurückgelegt werden will.

Dr. Christoph Küenzlen: Ich erlebe es immer wieder, dass Menschen über Jahrzehnte keinen Kontakt zu Geschwistern oder Kindern hatten und plötzlich am Ende des Lebens darum bitten, dass dieser Kontakt wieder hergestellt wird. Für mich ist das ein typisches Beispiel für sozialen Schmerz.

Was machen Sie dann? Suchen sie diese Verwandten?

Ute Jetter: Ja, wir bemühen uns darum. Allerdings gibt es immer wieder Fälle, in denen die Gräben so tief sind, dass sie nicht mehr geschlossen werden können.

Adelheid Bauer: Wenn keine Aussöhnung stattfindet, bereitet das oft große Not. Oft hilft es, wenn Belastendes auf Gott hin, ausgesprochen werden kann. Im Abendmahl kann das, was das Herz beschwert vor Gott gebracht werden.

All das ist aber nur möglich, wenn man Personal hat, das einerseits die Zeit und andererseits das Wissen hat, wie man bei seelischen Schmerzen helfen kann ...

Ute Jetter: Genau. Deshalb haben wir 2012 Palliative Care eingeführt. Ziel ist es, alle Mitarbeitenden im Haus regelmäßig zu schulen – das gilt auch für das Erkennen von Schmerzen.

Herr Coelho: Sie haben eine Ausbildung zur Palliativpflegekraft. Hat das Ihre Wahrnehmung der vier Dimensionen des Schmerzes verändert?

Marco Coelho: Ja, auf jeden Fall. Natürlich nimmt man auch ohne Ausbildung wahr, wenn bei einem Menschen etwas nicht stimmt. Aber wenn man die unterschiedlichen Schmerzformen kennt, kann man reagieren. Ich habe jetzt mehr Möglichkeiten zu helfen.

Irmgard Rathgeb: So sehe ich es auch. Wenn ich etwas benennen kann, kann ich handeln – und ich kann andere einbeziehen. Damit sind die ersten Schritte getan.

Wie greift die Verzahnung in der Praxis?

Ute Jetter: Vieles läuft bei uns heute von selbst. Das Bewusstsein für Schmerzen hat sich durch die Einführung von Palliative Care verändert. Das Team hat gelernt, dass alle miteinander gefragt sind, dass jeder und jede mit seinen Fähigkeiten wichtig ist.

Adelheid Bauer: Wenn ich auf einen Wohnbereich gehe, schaue ich zuerst in die Pflegeberichte und bespreche mich mit den Pflegekräften und dem Sozialdienst. Wir sind immer im Austausch, im Dienstzimmer, am Telefon, auf dem Flur. Es ist wie Ute Jetter sagt: Da hat sich etwas verändert.

Irmgard Rathgeb: Durch den Austausch kommen wir auch selbst weiter. Das Feedback von anderen ist wichtig, um zu prüfen, ob man mit der eigenen Einschätzung richtig liegt.



Ute Jetter, 64

Pflegedienstleitung, examinierte Krankenschwester, seit 30 Jahren in der Stiftung beschäftigt.



Adelheid Bauer, 58

Diakonin und Diplom-Sozialpädagogin (FH), Ausbildung in sinnzentrierter Psychotherapie nach Viktor Frankl, seit 15 Jahren als Seelsorgerin für die Stiftung tätig.



Irmgard Rathgeb, 57

kommt ursprünglich aus der Jugend- und Heimerziehung. Sie ist seit 20 Jahren im Sozialen Dienst der Stiftung tätig und dort auch Ansprechpartnerin für Palliative Care.



Marco Coelho, 47

ist seit 15 Jahren bei der Stiftung. Er hat 2015 als einer der ersten Mitarbeitenden die Ausbildung zur Palliativpflegekraft absolviert.



Dr. Christoph Küenzlen, 74

hat ursprünglich Theologie studiert und wechselte dann zur Medizin. Palliativmedizin beschäftigt ihn seit vielen Jahren. Er gehörte zum Gründerteam der Spezialisierten Ambulanten Patientenversorgung (SAPV) und ist auch heute noch Ansprechpartner für die Stiftung evangelische Altenheime.

Ich sehe
Dich.

Ihre Spende für Palliative Care!

Unsere Lebenserwartung ist heute so hoch wie niemals zuvor. Viele Menschen können bis ins hohe Alter alleine leben und entscheiden sich erst am Schluss für ein Pflegeheim. Für die Pflegenden und Betreuenden bedeutet das, dass sie mehr Sterbende als früher fachkundig und einfühlsam begleiten. Das Gesundheitssystem hinkt dieser Entwicklung hinterher.

Die Leistungen von Palliative Care sind in den Pflegesätzen nur zu einem geringen Teil abgedeckt. Deshalb sind Spenden für uns unsagbar wertvoll. Das gilt für eine kleine Spende genauso wie für die Berücksichtigung unserer Stiftung im Testament. Mit Ihrer Unterstützung können wir unser jährliches Spendenziel von 42.000 Euro erreichen. Sind Sie dabei? Wir würden uns freuen!

Unser Spendenkonto

Kreissparkasse Ludwigsburg
Kennwort „Spende Palliative Care“
IBAN: DE 5460 4500 5000 3013 1640
BIC: SOLADES1LBG

Wozu Ihre Spenden Jahr für Jahr gebraucht werden

- Palliative Care-Qualifikation von zwei neuen Fachkräften pro Jahr ca. **€ 17.000**
- Basisqualifikationen von fünf Pflege- oder Betreuungskräften pro Jahr ca. **€ 7.000**
- Schulungen im Haus pro Jahr ca. **€ 4.000**
- Steuerung und Weiterentwicklung pro Jahr ca. **€ 10.000**
- Kompetenzteam Palliative Care pro Jahr ca. **€ 4.000**

**Spendenbedarf Palliative Care in der
Stiftung pro Jahr gesamt ca. € 42.000**

Stiftung Evangelische Altenheime in Ludwigsburg

Diakon Bernhard Wandel

Mühlstraße 22
71640 Ludwigsburg

Tel. 0 71 41 / 93 06-0 · Fax / 93 06-101

Bernhard.Wandel@stiftung-ev-altenheim.de
www.stiftung-ev-altenheim.de



Herr Dr. Küenzlen, Palliative Care kostet Zeit, die manchmal schwer zu dokumentieren ist. Wie verhält es sich denn mit der Wirkung? Ist die für Sie als Arzt spürbar?

Dr. Christoph Küenzlen: Ja, das ist es. Schmerzmittel bringen wenig, wenn jemand nicht das lösen kann, was ihm auf der Seele liegt. Spirituelle oder psychologische Begleitung hilft hier weiter.

Was bedeutet für Sie die Zusammenarbeit mit Ärzten?

Ute Jetter: Das ist für uns etwas ganz Entscheidendes. Es kann passieren, dass ein Mensch im Sterbeprozess plötzlich Schmerzen bekommt. Und wie es so ist: Das

passiert oft am Wochenende. Wir sind dann darauf angewiesen, dass der behandelnde Arzt Medikamente für eine solche Notsituation vorausschauend verschrieben hat. Das setzt aber ein Vertrauensverhältnis voraus. Auch das ist ein Teil von Palliative Care.

Marco Coelho: Wenn wir die verschiedenen Formen des Schmerzes unter Kontrolle haben, kann es geschehen, dass die Menschen am Ende nochmal richtig aufblühen. Das ist eine kurze Phase und wir wissen, dass danach das Ende kommt. Aber es sind kostbare Momente – eine wunderbare Art von dieser Welt Abschied zu nehmen.

Schmerzen ernst nehmen

Neue Standards durch Palliative Care



Schmerz gehört zum Leben. Die Schwelle, wie viel Schmerz man ertragen kann, ist aber von Mensch zu Mensch unterschiedlich, das erfahre ich als Arzt immer wieder. Körperlichen Schmerz können wir durch Medikamente kontrollieren. Doch das gilt nicht für alle Formen des Schmerzes.

Bereits in den 60er-Jahren hat die Hospiz-Pionierin Cicely Saunders den Begriff „Total Pain“ – in deutscher Übersetzung „Vier Dimensionen des Schmerzes“ geprägt. Zu diesen Dimensionen zählen neben dem körperlichen Schmerz auch der psychische, soziale und spirituelle Schmerz. In der Palliative Care werden alle vier ernst genommen und beachtet.

Zeit spielt eine wesentliche Rolle, wenn es darum geht, die verschiedenen Formen des Schmerzes zu lindern. Zeit zum Zuhören, Mitfühlen, Dasein.

Diese intensive Zuwendung erfordert zeitliche Ressourcen, die ein Einzelner oder eine einzelne Berufsgruppe in der Regel nicht aufbringen kann. Deshalb ist es wichtig, dass Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorgende und andere Helfende gut miteinander kooperieren und sich regelmäßig austauschen. Entscheidend ist auch, dass alle Beteiligten über das entsprechende Wissen verfügen, um die verschiedenen Formen von Schmerz zu erkennen und darauf reagieren zu können. Hier werden durch Palliative Care neue Standards gesetzt.

Es gab Zeiten, da wurde Sterben von den Betreuenden als persönliches Versagen empfunden. Daran hat sich viel geändert. Ich begleite Palliativ Care bei der Stiftung Evangelische Altenheime nun bereits seit vielen Jahren und sehe sehr deutlich die positive Entwicklung. Das Begleiten von Sterbenden ist heute etwas Selbstverständliches geworden. Wir haben einen Bewusstseinswandel erlebt, an dem alle gemeinsam gewachsen sind.

Dr. med. Gerald Bayer, 54, führt als hausärztlich tätiger Internist zusammen mit einer Kollegin und einem Kollegen die „Gemeinschaftspraxis am Schillerplatz“. Seit vielen Jahren betreut er Patienten im Albert-Knapp- sowie im Gerok- und Geschwister-Cluss-Heim.